Revista

Psiquiátrica

Peruana



Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volúmen 6 Número 1-4

1966

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Director, publicándose previa aprobación de la Comisión Editorial, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envíe una colaboración por primera vez, incluirá una breve nota biográfica, mencionando sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 x 12 cms., los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lápiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el ttíulo del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizado por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de artículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Represion. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

PROMAZIL

Cloropromazina

SANITAS

Emesis.
Prurito.
Pre-anestesia, potencialización de la anestesia, trastornos neurovegetativos, excitación, psicosis agudas y crónicas, esquizofrenia, melancolía.

Dosis promedio en medicina y cirugía: 75 a 150 mg. diarios.
En los trastornos psiquiátricos las dosis varían entre 300 y 700 mg.

Grageas: 25 y 100 mg.
Gotas: 1 gota = 2 mg.
Ampollas: intramuscular = 25 mg. x 5 cc.

endovenosa: 50 mg. x 2 cc. Utilizable sólo en líquido de perfusión.

REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

ORGANO DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

VOLUMEN 6 1966

LIMA - PERU

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Fundada el 25 de Junio de 1954, reconocida oficialmente el 18 de Setiembre de 1956

JUNTA DIRECTIVA PARA 1966-1968

Presidente: HUMBERTO ROTONDO GRIMALDI
Ex-Presidente: RAUL JERI VASQUEZ
Vice-Presidente: OSCAR VALDIVIA PONCE
Secretario General: CARLOS CARBAJAL FAURA
Secretario de Actas: VICTOR HUERTA-MERCADO CACERES
Tesorero: ETHEL BAZAN VIDAL

MIEMBROS HONORARIOS

Nathan Ackerman, Eugene Brody, Ewen Cameron, Julio Endara, Henry Ey, Spurgeon English, Jules Masserman, John R. Rees, Ramón Sarró, René Spitz.

MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco, Manuel Almeida, José Alva, Pablo Anglas, Carlos Añazgo, Alejandro Arellano, José M. Arnillas, Carlos Bambarén V., Ethel Bazán, Alfredo Beyer, Andrés Cáceres, Arnaldo Cano, Baltazar Caravedo, Carlos Carbajal, Alex Castoriano, Renato Castro de la Mata, María Antonieta Silva de Castro, Augusto Colmenares, Carlos Crisanto, Hugo Delgado, César Delgado, Manuel Escobar, Horacio Estabridis, Elsa Felipa, Carlos García Pacheco, Enrique Ghersi, Efraín Gómez, Luis Guerra, Carlos Gutiérrez, Luis Huapaya, Víctor Huerta Mercado, Luis Irurita, Raúl Jerí, Fernando Loayza, Sebastián Lorente, Emilio Majluf, Niza Chiock de Majluf, Javier Mariátegui, León Mejía, César Muñoz Borja, Guillermo Olivos, Alberto Perales, Leonor Revoredo, Humberto Rotondo, Carlos Saavedra, Fernando Saba, Federico Sal y Rosas, Fernando Samanez, José Sánchez García, Luis Schwartz, Carlos A. Seguín, Oscar Valdivia, Hermilio Valdizán, Manuel Zambrano, Sergio Zapata.

MIEMBROS ASOCIADOS

Oscar Arbulú, Víctor Infantes, Elia Izaguirre, Luis Navarro Vidal, Ismael Pardo-Figueroa, Alberto Péndola, Rubén Ríos, Oscar Ríos, César Sánchez, Elard Sánchez, Vital Scapa, Max Silva, Gustavo Vásquez-Caicedo, Jorge Villavicencio.

MIEMBROS CORRESPONDIENTES

José María Alvarado (Bolivia), Guillermo Dávila (México), Alejandrino Maguiña (Psicólogo, Perú), Carlos Mariani (Chile), Ernesto Pollitt (Psicólogo, Perú), Humberto Rosselli (Colombia), Santiago Valdizán (Psicólogo, Perú), Roberto Villalón (Argentina).

COMUNICACIONES

La correspondencia relacionada con la Asociación debe dirigirse al Presidente Apartado 5116 Miraflores, Lima, Perú.
Los artículos originales, comunicaciones, noticias, crítica de libros, y notas clínicas se dirigirán al Director de la Revista, a la dirección antes indicada.
Las solicitudes de suscripción, canje, adquisición de número anteriores y avisos de propaganda corren a cargo del Editor, Apartado 255, Miraflores, Lima Perú

En este número de nuestra Revista aparecen tres trabajos originales. En el primero Víctor Huerta-Mercado C., Jefe del Servicio de Salud Mental de la Unidad de Salud de Magdalena (Lima) nos presenta los resultados de una encuesta aplicada a los miembros de dicha dependencia asistencial con el objeto de estudiar aspectos de salud mental y cuyas conclusiones son bastante significativas.

Manuel Almeida V., nuestro más conspicuo estudioso del alcoholismo en el Perú, nos ofrece una visión panorámica de este problema en cuanto a sus repercusiones sociales y económicas.

Diversos problemas que se suscitan en la práctica para la identificación de los enfermos mentales en el momento de ser admitidos en un hospital, son estudiados por un equipo de la Policía de Investigaciones, que nos brindan sugerencias valiosas para prevenir estas situaciones aplicando sistemas científicos al mismo tiempo que los tradicionalmente utilizados en los hospitales.

El Informe del Secretario General resume las actividades institucionales durante el período 1964-1966.

Por considerarlo de gran interés para todos los psiquiatras, transcribimos la Resolución de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que con fecha 21 de octubre de 1965 señala por primera vez en forma oficial los requisitos necesarios para ser considerado médico especialista en psiquiatría en nuestro país.

EL EDITOR.



ALGUNOS ASPECTOS DE LA SALUD MENTAL EN UNA UNIDAD DE SALUD

Por VICTOR HUERTA-MERCADO C.*

OBJETO DEL ESTUDIO

Considerando que la salud mental implica no sólo la ausencia de enfermedad mental sino el aspecto de vivir satisfecho de sí mismo, de los demás y de poder hacer frente a las necesidades de la vida según la definición aceptada por la O.S.M., hemos estudiado las perturbaciones de estas condiciones a través de la inadecuación, depresión, ansiedad, susceptibilidad, cólera y tensión, en una muestra de población consistente en personal de una dependencia asistencial del Ministerio de Salud Pública como una contribución para percatarnos de la realidad nacional en este aspecto poco conocido en el Perú. Aunado a este objetivo mediato, tenemos otro inmediato en el presente estudio: de acuerdo a los hallazgos, modificar las actitudes negativas, mediante tratamiento adecuado, por otras más saludables en la institución investigada, esperamos eventualmente poder realizar un estudio comparativo de actitudes en el mismo personal dentro de un tiempo prudencial.

MATERIAL Y METODOS

La investigación se realizó durante Enero de 1966 en una Unidad de Salud de la Gran Lima, comparando a personal profesional incluyendo médicos, odontólogos, enfermeras, asistentes sociales, obstetrices, educador sanitario, secretarias, en número de 25 y personal auxiliar constituído en su mayoría por auxiliares de enfermería en número de 44; de un total de personal de la unidad conformado por 42 profesionales y 60 auxiliares.

El método de estudio se basó en la aplicación simultánea de 3 cuestionarios:

1.—Cuestionario "A" para profesionales con supervisión.

2.—Cuestionario "B" para personal auxiliar.

3.—Cuestionario "Jefe-Gratificación".

4.—Indice Médico de Cornell.

*Jefe del Servicio de Salud Mental - Unidad de Salud de Magdalena (Lima).

El cuestionario "A" se aplicó a los jefes de centros periféricos, jefes de servicio, o personal con función aunque no posean el cargo, pero siempre que tengan personal a quien supervisar.

Este cuestionario consiste, en 20 preguntas que fueron elaboradas por nosotros con el fin de determinar los problemas de tensión emocional y algunos aspectos de las actitudes de los jefes respecto a los problemas que se presentan en la unidad en las relaciones interpersonales, según observación previa de quejas y problemas disciplinarios del personal. Los resultados se correlacionan con las perturbaciones halladas en la personalidad obtenidas con el Indice Médico de Cornell, que constituye el eje de este estudio.

El cuestionario "B" se aplicó al personal auxiliar, considerándose como tal, a las auxiliares de enfermería. Igualmente se aplicó a los empleados de oficina y algunos profesionales sin supervisión sobre otro personal.

Fue elaborado por nosotros, con el mismo criterio que el "A" pero para observar el punto de vista del personal auxiliar. Consiste en 15 preguntas.

Ambos cuestionarios: A y B fueron administrados en entrevistas bipersonales.

El cuestionario "Jefe-Gratificación", consiste en contraponer ambos factores, se juega en realidad con 3 elementos, porque "gratificación", se desdobla en gratificación moral ("trabajo bien considerado por todos") y gratificación material ("sueldo"); el jefe en algunas condiciones, es "buen jefe" o "mal jefe" circunstancialmente. Este cuestionario es respondido marcando con un aspa qué situación se prefiere. Son preguntas del estilo de ésta: Qué prefiere: "Recibir un buen salario por un trabajo difícil y fatigante o recibir un salario mediano por un trabajo fácil y poco fatigante". Con un total de 10 preguntas dobles.

El Indice Médico de Cornell, eje de este estudio, permite una exploración física y mental del individuo y comprende 195 preguntas que se dividen en 18 secciones: A-B-C-D-E-F-G-H-I-J-K-L-M-N-O-P-Q-R. Las secciones de la A a L se refieren predominantemente a la determinación de síntomas somáticos o sicosomáticos y las secciones M a R inclusive tienen como fin detectar el estado emocional de algunas actitudes interpersonales. Las secciones I.M.C. referentes al estado emocional son las siguientes:

M.—Inadecuación.

N.—Depresión.

O.—Ansiedad.

P.— Susceptibilidad.

Q.—Cólera.

La administración del cuestionario consiste en contestar con "SI" o "NO" a 195 preguntas. Puede darnos una evaluación de trastorno físico o emocional.

Un serio desorden se revela cuando el número de respuestas "SI" es de 30 ó más. Si las respuestas "SI" están en una o más secciones el problema médico se puede localizar, pero si están diseminadas el problema es difuso y generalmente en relación a una perturbación emocional.

Cuando las perturbaciones se manifiestan por quejas somáticas, las respuestas "SI" en las secciones A a la L son numerosas y se refieren a varios aparatos y sistemas. La presencia de respuestas "SI" en las secciones M a R son índice de perturbación del estado de ánimo y afectividad.

Anotamos que el personal profesional y el auxiliar cooperaron en las encuestas con la atingencia que era frecuente alguna suspicacia del personal auxiliar en el sentido de pensar que podrían ser identificados y señalados por sus opiniones. Se les explicó que el estudio sería anónimo.

Un miembro del personal auxiliar evidenció actitudes obsesivo compulsivas al regresar en días consecutivos en varias oportunidades solicitando insistentemente se le devolviera sus cuestionarios llenados por ella por temor a haberse comprometido. Manifestó: "No puedo dormir desde que lo entregué...".

Un profesional se negó rotundamente a contestar los cuestionarios manifestando: "Disculpe, pero a mí no me gustan estas cosas...".

Los cuestionarios fueron aplicados al personal profesional por el médico psiquiatra y la Asistente Social y al personal auxiliar por la Auxiliar del Servicio de Salud Mental.

RESULTADOS

El estudio realizado en una muestra de servidores de Salud Pública con actividades de tipo preventivo-asistencial comprende a dos grupos de nivel jerárquico diferente. El uno representa a jefes por su función aunque no todos por su cargo y el otro a personal auxiliar.

Un grupo es exponente de una clase que mantiene un prestigio socio-económico-cultural en nuestra comunidad y el otro es exponente de una clase sujeta a una serie de frustraciones de orden social, económico y emocional. Ambos grupos tienen en común tener que cumplir una función de Salud Pública por vocación y preparación o sin ellas.

En la exposición de nuestros resultados hemos seguido a Caravedo - Rotondo - Mariátegui - Bambarén y colaboradores en sus investigaciones con el Indice Médico de Cornell a fin de sistematizar nuestra investigación para estudios compaativos posteriores. (Cuadro Nº 1).

El estudio de salud realizado a través del I.M.C. establece en los resultados totales marcada diferencia de patología que va de 63% en el personal auxiliar a 25% en el personal de profesionales. Esta marcada diferencia se hace a expensas del gran número de respuestas positivas del personal auxiliar en las secciones que corresponden a la determinación de patología somática del cuestionario usado.

CUADRO Nº 1

RESULTADOS GENERALES DEL I.M.C.

R. "SI" total	*Profesionales*	*Auxiliares*
— de 30	17 (74%)	16 (37%)
31 — 35	1	3
36 — 40	2	3
41 — 45	0	4
46 — 50	3	1
51 — 55	0	1
56 — 60	0	1
61 — 65	0	3
66 — 70	0	2
71 — 75	0	0
76 — 80	0	2
81 — 85	0	1
86 — 90	0	3
91 — 95	0	1
96 — 100	0	1
+ de 100	0	1
	6 (26%)	27 (63%)

Pero frente al estudio de la Salud Mental, objetivo principal de nuestra investigación, los resultados de patología psíquica se equiparan con sólo un pequeño porcentaje mayor en el personal auxiliar que marca un 86% frente al 74% del personal profesional.

CUADRO Nº 2

RESULTADOS GENERALES DE "M" a "R"

R. "SI"	*Profesionales*	*Auxiliares*
— de 3	6 (26%)	6 (14%)
3 — 8	8	10
9 — 12	6	5
13 — 16	2	7
17 — 20	1	4
21 — 25	0	3
26 — 30	0	4
31 — 35	0	3
36 — 40	0	0
41 — 45	0	1
	17 (74%)	37 (86%)

Analizando en detalle los resultados del cuadro Nº 2 estudiamos las esferas de insuficiencia o inadecuación, depresión, ansiedad, susceptibilidad, cólera y tensión, y encontramos en el cuadro Nº 3 que frente al 13% de inadecuación del personal profesional existe el 58% en el personal auxiliar, lo que se explica por el resultado obtenido en el cuadro Nº 5 sección 2 que el 46.51% de este personal desconoce las funciones de su Servicio y asimismo están de acuerdo con las respuestas de los cuadros Nº 4 y Nº 5 referentes a que no es personal adecuadamente preparado antes de iniciar su servicio sino más bien improvisado y como ya ha sido señalado en alguna reunión, es personal que al solicitar trabajo en alguna dependencia del Estado son enviados a Salud Pública como podría haber sido al Ministerio de Fomento, o de Educación u otro, teniendo desconocimiento igual en cualquiera de las actividades que estas dependencias realizan.

CUADRO Nº 3

RESULTADOS PARCIALES DE "M" a "R"

		Profesionales		*Auxiliares*	
Inadecuación	M	3	13.0%	25	58.14%
Depresión	N	0	0.0%	11	25.50%
Ansiedad	O	3	13.0%	18	41.86%
Susceptibilidad	P	3	13.0%	18	41.86%
Cólera	Q	7	30.5%	16	37.21%
Tensión	R	2	8.7%	22	51.20%

En el aspecto de *Depresión* encontramos 25.5% en auxiliares y 0% en profesionales lo cual está en relación con el factor anteriormente enunciado de inadecuación y frustraciones que se evidencian en las respuestas consignadas en el cuadro Nº 5 sección 10. Es de notar que frecuentemente elementos de este personal poseen una instrucción académica trunca y se sienten limitados por estas circunstancias entre las otras enunciadas. Este aspecto igualmente se observa en el cuadro Nº 6 en que notamos que el personal auxiliar le da mayor importancia a la gratificación no sólo material sino emocional de la que más huérfanos se sienten al compararlo con los profesionales que prefieren el trabajo que les depara menos fatiga y esfuerzo aunque no sea bien considerado por los demás.

En el aspecto de la *Ansiedad* encontramos 13% en el personal profesional afectado por esta perturbación frente al 53.49% del auxiliar lo que igualmente está de acuerdo a la inadecuación y corroborado por las respuestas del cuadro Nº 5 del cuestionario "B" y los resultados señalados por el cuadro Nº 6 (Jefe-Gratificación) en que observamos que buscan en mayor proporción el reconocimiento de los demás antes que el trabajo agradable y poco fatigante.

En el aspecto de la *Cólera* o irritabilidad encontramos un 30.5% en los profesionales frente a 37.21% en el personal auxiliar; en este aspecto se aproximan

los resultados de ambos grupos y se hace evidente en las respuestas del cuestionario "B" (Cuadro 5 sección 1) en que manifiestan el 44% que muchos conflictos fueron precipitados por el sólo capricho de los jefes. El 25.6% piensan que reciben mal trato de los jefes (Sección 8) y con respuestas interesantes en el item 10 del cuadro Nº 5 ("Los jefes son sádicos", "despóticos", "con complejos de superioridad", "no saben valorar", etc.).

En el aspecto de *Tensión* se encuentra un 51.20% en el personal auxiliar afectado por esta situación frente a 8.7% del personal profesional. Igualmente está de acuerdo con los hallazgos en inadecuación y ansiedad. Este aspecto lo detectan el 41% de los jefes según el cuadro Nº 4 (cuestionario "A").

CUADRO Nº 4

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO "A"

1.—Piensan que hay problemas de tensión en las relaciones interpersonales en su Servicio	9	41%
No hay estos problemas	13	59%
2.—Están satisfechos con el rendimiento de su personal	14	64%
No están satisfechos	8	36%
3.—Piensan que el personal auxiliar recibe el sueldo que merece	3	14%
Recibe menos	19	86%
4.—Debe la Unidad estimular actividades sociales dentro de su personal	19	86%
No es conveniente	3	14%
5.—Piensan que las razones que las auxiliares exponen en sus quejas son verdaderas	8	35%
Falsas	15	65%
6.—Mencionan entre las causas que más frecuentemente traen resentimientos y dificultades entre su personal: Desconocimiento de sus funciones; falta de estímulo; desconocimiento del orden regular de las tramitaciones; falta de comunicación; provenientes de la condición humana.		
7.—Los recursos que las auxiliares de su Servicio usan para satisfacer sus demandas son: solicitud de permisos y licencias; la protesta y la inasistencia; pedido saltando nivel; cumplen con el reglamento sólo estrictamente; reuniones, entrevistas personales informales (generalmente no se llega a satisfacer sus demandas). No hay un medio para satisfacer estas demandas, falta de supervisión; piden permiso; acuden al Jefe de Servicio o de Unidad o a la enfermera Jefe.		

Es de observar que en el aspecto económico no hay mucha diferencia en lo que piensa el personal auxiliar y jefes referente al salario de los primeros. El 9% del personal auxiliar cree que gana el salario que merece y el 14% de los jefes piensa igual respecto al salario del personal auxiliar.

En cuanto a la interacción social, el 98% del personal auxiliar piensa que el personal que trabaja en la Unidad debe promover actividades sociales entre sus miembros, esta opinión es compartida por el 86% de los jefes. Es de notar que esta encuesta se realizó en condiciones de ambiente usual en la unidad sin relación con fricciones de tipo gremial o disciplinario reciente. (Cuadro Nº 5, sección 4).

El 64% de los jefes están satisfechos con el rendimiento de su personal a pesar de los factores negativos enunciados anteriormente, como falta de preparación e inadecuación.



CUADRO Nº 5

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO "B"

1.—Piensan que muchos conflictos fueron precipitados por el solo capricho de los jefes	19	44%
No piensan así	24	56%
2.—Desconocen las funciones de su Servicio	20	46.51%
Conocen éstas	23	53.41%
3.—Piensan que ganan el salario que merecen	4	9%
Ganan menos	39	91%
4.—El personal debe promover actividades sociales entre los miembros de la Unidad	42	98%
No debe	1	2%
5.—Piensan que la jefatura debe interesarse por las condiciones de vida de los miembros de la unidad	30	70%
Sólo sobre su trabajo	13	30%
6.—Tiene una idea de las funciones de la Jefatura y de su Centro Federado como organismo para resolver sus conflictos	11	25.6%
No tienen idea	29	67%
Piensan que el Centro Federado exclusivamente sirve para asuntos de sueldos	3	7.4%
7.—Tienen una idea de la ayuda que debe proporcionarse entre sí el personal	37	86.05%
No la tienen	6	13.95%
8.—Piensan que el personal auxiliar recibe un mal trato de los jefes	11	25.6%
Regular	7	16.4%
Bueno	25	58%

9.—Las causas más frecuentes de conflictos son: faltas y tardanzas (18.6%); el no estar delimitadas las funciones de trabajo; problemas de la personalidad; diferente educación; incumplimiento e indisciplina; los cambios de Servicio; falta de material; falta de compañerismo; viene personal nuevo; y lo ponen a trabajar sin enseñarle; poca comprensión y falta de respeto; ascensos.

10.—Entre las causas por las que no reciben buen trato de los jefes: "Jefes errados, personal errado"; "Jefes malcriados y complejo de superioridad"; "cuando el personal lo merece" "no se interesan por su personal, son sádicos, amonestación en público"; "son despóticos, no saben valorar, son exigentes"; "a veces vienen de mal carácter desde sus casas".

En el cuestionario "Jefe-Gratificación" notamos que los valores positivos y negativos de ambos grupos no son opuestos pero sí predominan las respuestas en un sentido a veces por amplio margen en un grupo o el otro. Notamos que los profesionales en mayor porcentaje prefieren los trabajos agradables y que demanden menos esfuerzo aunque los jefes no sean buenos y aunque no sean bien considerados por los demás; situación que no se invierte en el personal auxiliar pero sí este personal le da en mayor proporción importancia al jefe y a la consideración de los demás.

CONCLUSIONES

1.—Existe una marcada perturbación en la salud de ambos grupos estudiados, a predominio alto en el personal auxiliar (26% en profesionales y 63% en auxiliares).

2.—Existe marcada perturbación emocional en ambos grupos, siendo ésta más marcada en el grupo de auxiliares (86%) que en el de profesionales (74%). Estos hallazgos son altos comparándolos con estudios en otros grupos humanos realizados por Caravedo, Rotondo, Mariátegui y Bambarén en sus estudios sobre la psiquiatría social en el Perú en que alcanzan cifras de 7.23% y 5.06% respectivamente entre gerentes y líderes sindicales.

3.—La inadecuación es manifiesta en el personal auxiliar debido a que no reciben la preparación necesaria para los cargos.

4.—La depresión se produce en un 25.5% en este mismo personal debido a falta de gratificación en el aspecto emocional (trabajo que quisieran fuese mejor considerado por los demás) y material (salarios bajos).

5.—La ansiedad igualmente es marcada en este personal en relación a las causas enunciadas (53.43%).

6.—La susceptibilidad ofrece parecidas características (41.86%).

7.—La cólera es marcada en ambos grupos: 30.5% en profesionales y 73.21% en auxiliares. Situación que provoca agresividad. Hacemos notar que la cólera investigada en este estudio se refiere a un estado anímico permanente y no necesariamente dirigida contra algún grupo determinado.

8.—En el aspecto tensión ambos grupos difieren marcadamente, sólo se encuentra 8.5% en el personal profesional y 51.20% en el personal auxiliar.

9.—El personal auxiliar siente mayormente la necesidad de gratificación emocional y de buenos jefes.

EL ALCOHOLISMO COMO FACTOR NEGATIVO EN LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL DE LOS PAISES DE AMERICA

ESTUDIO SOBRE SU MAGNITUD Y CONSECUENCIAS

Por MANUEL ALMEIDA V. *

Hace 15 años, es decir, en 1950, se reunió por primera vez el Subcomité de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud, y uno de los primeros puntos que hizo resaltar en su informe fue la importancia del alcoholismo como enfermedad y como problema médico social y en cuyo tratamiento y prevención podrían contribuir extensamente los servicios de salud pública.

El interés de los organismos internacionales de salud en el alcoholismo, así como de otras instituciones científicas de gran prestigio, particularmente la Asociación Médica Americana y el Centro de Estudios sobre Alcohol de la Universidad de Yale, se debe a que los problemas del alcohol afectan a suficiente número de personas que se le puede considerar como una enfermedad de masas y además, a diferencia de otras condiciones psiquiátricas, su impacto en la familia y en la comunidad, son de gran trascendencia.

La OMS ha definido el alcoholismo como toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional o que por su extensión sobrepasa los linderos de las costumbres propias de la colectividad respectiva. De otra parte la ciencia médica aplica el diagnóstico de alcohólico a todo bebedor que consume alcohol en forma tal que no sólo altera su salud física o mental, sino que interfiere con su desenvolvimiento social o económico. Si bien es cierto que los estudios epidemiológicos en el campo del alcoholismo recién están tomando importancia, todo parece indicar que en los países de América la intoxicación alcohólica crónica es de gran magnitud y de graves consecuencias sociales.

Tratándose de nuestro país, las investigaciones que desde 1956 se vienen realizando coinciden en señalar que el alcoholismo, al igual que el cáncer y la tuberculosis, constituye una enfermedad extensa y que, dentro del campo de la salud mental ocupa primeros lugares en comparación de otros desórdenes psiquicos. Si se tiene en cuenta que el alcoholismo afecta al 5 ó 6 por ciento de la población, resulta que en el Perú hay aproximadamente 200,000 personas con alcoholismo, cifra que tiende a incrementarse con el transcurso de los años. La en

(*) Médico Jefe del Dispensario Antialcohólico. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lima, Perú.
Trabajo presentado al V Congreso Panamericano de Servicio Social, Lima, Noviembre, 1965

fermedad ataca todos los niveles sociales, compromete todas las edades a partir de los 20 años e incide en uno u otro sexo, aunque con diferente intensidad. Así, la policía detuvo por embriaguez, en el año 1956, un total de 4,000 mujeres, lo cual significa que por cada caso de alcoholismo en el sexo femenino habían 13 en el masculino.

Como acabamos de expresar, estos datos numéricos parecen aumentar según se desprende al analizar las cifras de consumo de las diferentes bebidas alcohólicas que, excepto el vino, han ido experimentando en los últimos años un notable e incesante incremento que no guarda relación con el aumento de la población. De las informaciones disponibles se desprende que en relación a la cerveza, 9 países americanos mostraron un aumento considerable en la década comprendida entre 1948 y 1958. Este aumento fue de un 60 a 70 por ciento en Colombia y México, casi 100% en Nicaragua y República Dominicana, más del 100% en Costa Rica, Ecuador y Venezuela y casi el 200% en El Salvador y el Perú. Tratándose de las bebidas destiladas, éstas alcanzaron en nuestro país, en el año 1956, la cantidad equivalente a 25'500,000 litros de alcohol absoluto y las estadísticas demuestran que en el último quinquenio, su elevación oscila a razón de un millón de litros anuales. El consumo per cápita para este tipo de bebidas en el Perú es el más alto en comparación con otras naciones americanas cuyo consumo principal es a base de vinos y cerveza, que constituyen bebidas de bajo tenor alcohólico, especialmente la última, y sometidas a más estricto control industrial. El asunto para el Perú reviste particular gravedad no sólo porque los licores destilados tienen mayor grado etílico, sino lo que es peor, están formados en su mayor parte (70%) por alcoholes sin rectificar provenientes de la caña de azúcar y que por ende contienen altas proporciones de productos tóxicos.

El efecto del alcoholismo como problema de masas se deja sentir en primer lugar en la institución familiar en todos sus niveles: los roles de cada miembro se distorsionan o pierden, las interacciones se tornan tensas y hostiles, la tolerancia a las frustraciones disminuye y la familia como unidad tiende a aislarse socialmente y a perder interés en alcanzar los valores o metas que antes le fueron de significación. Este clima, perturbado material y emocionalmente, resulta por demás negativo para el desarrollo de los hijos, que se ven así privados en la satisfacción de sus más urgentes necesidades psíquicas o biológicas.

La separación de los cónyuges o el divorcio, con todas sus consecuencias constituye, por ello, uno de los hechos más realistas que con frecuencia se observa en la práctica asistencial. Más aún, el alcoholismo ha contribuído y contribuye, directa o indirectamente al problema de la delincuencia juvenil; así, entre nosotros hemos encontrado que el 52% de los padres de menores con problemas de conducta bebían en forma habitual o eran alcohólicos crónicos y en el año 1956, 6,276 menores entre 14 y 20 años fueron detenidos por la policía debido a embriaguez.

Otro índice para apreciar la magnitud del problema alcohólico en su acción sobre la estructura social, está por los arrestos efectuados por la policía de los sujetos en estado de intoxicación. Como es sabido, una de las acciones del alcohol es la liberación de impulsos y tendencias que normalmente se mantienen reprimidas con miras a desenvolvernos socialmente en forma adecuada. El instinto

agresivo es uno de ellos y su liberación por el alcohol produce funestas consecuencias en los grupos humanos, dando como resultado que la organización policial de los distintos países desperdicie gran parte de su energía en controlar las perturbaciones de la conducta inducidas por este tóxico social.

El análisis de las estadísticas demuestra, en efecto, que en 1958 en Costa Rica sobre 17,853 detenciones totales, el 45% fueron por ebriedad y en Chile más de 240,000 sujetos son detenidos anualmente por esta misma causa. Entre nosotros sobre 100,000 detenciones realizadas por la policía en 1960, cerca del 50% fueron por alcoholismo agudo, lo que corresponde más o menos a 3 millones de horas de trabajo perdidas en los centros laborales. De otro lado, en los puestos de emergencia de nuestro primer puerto del Callao, el 80% de los agresiones atendidas fueron cometidas en estado de ebriedad. En cuanto al acto criminal en sí, éste se asocia con bastante regularidad al factor alcohol. Las indagaciones epidemiológicas revelan que en los países latinoamericanos la tasa de mortalidad por homicidios es alarmante y semeja por su extensión a la de algunas enfermedades transmisibles. En Honduras, Colombia, El Salvador y México los índices de mortalidad por homicidio son de más de 40 por 100,000 habitantes, mientras que en los países europeos no alcanzan ni el 2 por 100,000. Pues bien, ciertos estudios conducidos en algunas localidades evidencian que la correlación del homicidio con la intoxicación alcohólica alcanza hasta el 44% (Estado de New York, EE.UU.) y en Filadelfia una acuciosa investigación sobre el mismo tópico demostró que la víctima o el homicida habían bebido en más del 63% de los casos.

Estos datos estadísticos parecen señalar que la intoxicación alcohólica incuestionablemente juega un rol preponderante en el acto criminal y que en las naciones de América, particularmente aquellas subdesarrolladas, se requiere estudiar cuidadosamente este problema, dado su carácter de endémico, con miras a su prevención. Quizás la agresividad, consecuencia de las constantes frustraciones en las necesidades básicas, materiales o psicológicas y su liberación por el alcohol expliquen estos altos índices de homicidios en algunas regiones.

A medida que las naciones se industrializan, los accidentes de todo tipo también se acrecientan en grado tal que en los países en desarrollo las muertes e injurias debidas a esta causa sobrepasan en importancia a las ocasionadas por las enfermedades infecciosas y parasitarias. Dentro de los accidentes de todo género, aquellos originados por el tránsito de vehículos motorizados representan un enorme volumen si se tiene en cuenta que una de las características más sobresalientes de la era actual es la movilización de los seres humanos mediante artefactos mecánicos.

Según expertos en estos problemas, más de 100,000 personas mueren anualmente en el mundo debido a accidentes de tránsito, afectando particularmente a los varones entre 15 y 30 años, es decir, grupos de población en plena edad productiva. Como en el campo de la salud no sólo se debe considerar la mortalidad sino también la incapacidad temporal o permanente que puede resultar, el asunto se torna más serio desde que, según se sabe, por cada persona fallecida en accidente de la circulación hay 10 ó 15 seriamente injuriadas, de donde resulta que la pérdida económica que este problema significa para la comunidad es in-

calculable. Dentro de este panorama, la intoxicación alcohólica desempeña también un papel de importancia, ya que el alcohol, al alterar las funciones cerebrales, disminuye la habilidad psicomotriz necesaria para la conducción. Investigaciones efectuadas entre nosotros, así como en otros lugares, ponen de manifiesto que aproximadamente un tercio de los accidentes de tránsito que ocurren en las áreas urbanas son debidos a alcoholismo. Así, en Lima en 1955, sobre 2,202 choques de vehículos, el dosaje etílico de los conductores demostró que el 36% tenían cifras compatibles con intoxicación. En New York en 1950, el 76% de los conductores y el 35% de los peatones tenían altos grados de alcohol en su organismo durante el accidente. Sobresale, pues, nuevamente la importancia del factor alcohol como elemento negativo justamente en una actividad que tanto tiene que hacer con el desarrollo y el progreso.

Como vemos, los problemas sociales derivados del alcohol son múltiples y sus repercusiones económicas muchas veces no pueden evaluarse por la magnitud del daño inferido y por lo irreparable, en muchos casos, de su solución. En el ámbito de la industria, la producción también se resiente y ello se puede medir a través del ausentismo y los accidentes de trabajo provocados directa o indirectamente por el alcoholismo del trabajador. A partir de ciertas determinaciones en empresas norteamericanas, se calcula que el promedio anual de días de ausentismo por alcohólico es de 20 a 30 días. Como entre nuestros trabajadores textiles y mineros hay una prevalencia de alcoholismo superior al 10%, es evidente lo que esto constituye para el rendimiento industrial de la nación.

Sin exagerar, el alcoholismo en nuestros países tiene gran trascendencia, sobre todo en las regiones más atrasadas que justamente son las más fuertes consumidoras de bebidas alcoholizadas. Así, entre nosotros, según informe del Plan Regional para el Desarrollo del Sur en 1957, en esta zona se gastó en alcohol la fabulosa suma de 200'000,000 de soles, es decir, el equivalente necesario para adquirir 2,000 tractores ó 600,000 toneladas de abono que eran de urgente necesidad para mejorar el nivel agrícola de la región.

Asimismo, si bien es cierto que el alcoholismo es un mal social muy difundido, los que reciben mayor impacto son los grupos humanos económicamente menos favorecidos. Tomando como ejemplo la ciudad de Lima, vemos que ésta, al igual que otras ciudades de América se encuentra rodeada de una serie de conglomerados humanos llamados "barriadas" formadas en su mayor parte por gentes de provincias, que viven en condiciones por demás insalubres y en estado de gran desorganización social. Moran allí más de 200,000 personas y según cálculos hay 20,000 casos con problemas de alcoholismo. En los pueblos de la serranía donde la población indígena es predominante, todo hace suponer que el problema alcohólico es de más gravedad. Según ciertos estudios, el gasto per cápita en bebidas alcohólicas del trabajador agrícola es alrededor del 30% anual y la cantidad de alcohol desde el punto de vista de la dieta del indio representa 75 calorías diarias. Si consideramos con los expertos de la FAO que nuestros pueblos están crónicamente subnutridos, el alcoholismo acentúa este problema y de otra parte se sabe que en los países con pobre consumo de complejo B y alto uso de alcohol tienen problemas de salud pública mayores, pues

los efectos tóxicos del alcohol en el organismo se acentúan, lo cual quizás explique por qué en las poblaciones de la sierra peruana los delitos en estado de embriaguez sean mayores que en la costa. Alcoholismo y desnutrición se imbrican pues en una forma por demás desalentadora, dándose la mano también con otros problemas sociales además de los señalados, tales como tuberculosis, alta mortalidad infantil, miseria, etc.

Con bastante frecuencia, sin embargo, el problema alcohólico tiende a subestimarse y ello está condicionado por los prejuicios y falsos conceptos que aún imperan. Con el alcoholismo sucede algo similar a lo que ocurre con los témpanos de hielo que esconden bajo el agua la mayor parte de su dimensión. En efecto, por cada alcohólico crónico, cuyos acentuados trastornos permiten una rápida identificación, existen 10 casos en etapas precoces o intermedias que pasan desapercibidos en la comunidad, pues todavía se desempeñan como esposos, padres o trabajadores, aunque creando ya múltiples problemas en el ambiente social.

Tomando como punto de partida investigaciones bien llevadas sobre prevalencia del alcoholismo en la población efectuados en diversos países, como Chile, Canadá, Estados Unidos y Perú, podemos decir que este trastorno alcanza al 4.4% de los habitantes como promedio. Aplicando este guarismo a la población de la América del Sur, de acuerdo a cálculos efectuados por bioestadistas de las Naciones Unidas, tenemos que en el año 1960 hubo aproximadamente 3 millones de personas mayores de 20 años con problemas de alcohol de diverso grado. Conociéndose que por cada caso de alcoholismo hay un promedio de 4 personas, llámese éstas padres, esposa, hijos, empleadores, etc., que sufren su influencia negativa, se concluye que en esta parte de América hay no menos de 12 millones de habitantes que sienten el impacto del alcoholismo directa o indirectamente.

Como se ve, se trata de un problema de gran magnitud y extensión en el Continente conforme se señaló en el Seminario Latinoamericano de Alcoholismo. Su acción interfiere con las condiciones de vida, salud física y mental, así como con el rendimiento económico de grandes sectores de la población, disminuyendo la productividad, el progreso y el bienestar colectivo, todo lo cual justifica el considerar el alcoholismo un problema médico-social importante hacia cuya solución deben encaminarse el Estado y la sociedad en general.

REFERENCIAS

El Alcoholismo, problema de Salud Pública. Caravedo B., y Almeida M. Ministerio de Salud Pública y A.S. Lima, 1956.
Estudios sobre consumo de Alcohol en el Perú. Almeida M. Revista Sanidad Militar del Perú 1er. Trimestre 1959.
Seminario Latinoamericano de Alcoholismo. Informe Final. Chile, 1960.
La Población en América del Sur en el período 1950-1980. Estudios sobre población N° 21. Naciones Unidas.
Road Traffic Accidents. L.G. Norman. Public Health Papers N° 12, World Health Organization
Government Programs on Alcoholism. Report Series, Memorandum N° 6 by E.M. Jellinek Mental Health Division. Departament of National Health and Welfare. Ottawa, April 1963
Alcohol, Science and Society. New Haven, Quarterly J. Stud on Alcohol, 1954.
Organización Mundial de la Salud. Informe de la Primera Reunión Subcomité de Alcoholismo Serie de Informes Técnicos, N° 42, 1953.

IDENTIFICACION Y ENFERMEDAD MENTAL

Por Antonio Vidal Herrera, Raúl Loarte Ramos, Róger Cabrera Paredes, Hubert Calderón Bazán y Eutimio Tuesta Santillán.

"La identificación es un derecho; por lo tanto, su difusión y aplicación es obligación que concierne a los Estados que disponen del factor Ley". (IG. PIP Carlos Ramírez Núñez).

Dentro de los innumerables problemas que se suscitan en el seno de la sociedad, existe uno que exige especial atención de las autoridades y del público en general: la asistencia de los enfermos mentales.

Por diversas razones que provienen de prejuicios y actitudes tradicionales, este grupo humano especial permanece olvidado, desconociéndose su real magnitud así como la frecuencia con que sus integrantes son protagonistas de diferentes dramas en la vida real. Precisamente una de estas situaciones, —la de no poder informar acerca de su propia identidad— debido a su estado psíquico, motiva que diariamente se les encuentre deambulando en las ciudades y campos; y al ser conducidos a los centros asistenciales den lugar a un nuevo problema, esta vez derivado de la ausencia de medios técnicos y seguros que permitan establecer su identidad perdida.

Esta circunstancia observada en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" nos ha dado la oportunidad de realizar el presente estudio para conocer el problema de cerca y sugerir las medidas a aplicarse para su adecuada solución.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Antes de que el Centro de Salud "Hermilio Valdizán", fuera puesto en funcionamiento, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, nombró a los doctores Humberto Rotondo G. y Carlos Bambarén V. a la sazón integrantes del Departamento de Higiene Mental, para que asesoraran en los aspectos técnicos al equipo profesional que tenía a su cargo la remodelación y organización del hospital.

---

*Tesis para optar el grado de Oficial en el Centro de Instrucción de la Policía de Investigaciones del Perú, Lima, 1965.

Un aspecto que mereció especial interés, fue la estructuración del historial clínico, cuya hoja inicial denominada Hoja Frontal, debería contener los datos de filiación de cada paciente. Además de la información que habitualmente contiene esta hoja en cualquier tipo de historia clínica, se contempló la conveniencia de que existieran otros elementos de identidad (fotografía de frente y perfil, impresión digital del índice derecho, firma del paciente, grupo sanguíneo) que facilitaría la labor de identificación de acuerdo con la experiencia de hospitales mentales peruanos y extranjeros.

En algún momento se señaló la conveniencia de pedir la colaboración de personal PIP para que adiestrara a los empleados del hospital en esa tarea, pero esta sugerencia no prosperó.

Con motivo de las primeras fugas de pacientes del hospital, y ante la solicitud de la policía de la jurisdicción, de documentos que permitieran la identificación del fugado, el Servicio de Estadística confeccionó unas tarjetas que se denominaron FICHA DE IDENTIDAD PERSONAL, en las cuales además de la fotografía del paciente y el nombre, se consignaban algunos datos de carácter antropométrico. La diversidad de criterios para la descripción de los caracteres anatómicos y la falta de un procedimiento para indagar sobre señas particulares dio lugar a que se sugiriera nuevamente la necesidad de pedir consejo y orientación a la PIP, pero tampoco esta sugerencia encontró eco.

Finalmente, en 1963 a raíz de haberse acumulado hasta esa fecha cinco casos de pacientes que ingresaron sin proporcionar información acerca de su identidad, y que fueron catalogados como N.N. con numeración correlativa, la Dirección del Hospital, a sugerencia del Dr. Bambarén, envió un Oficio a la PIP solicitando su concurso para ver si era posible establecer la identidad de estos pacientes.

Como respuesta a la solicitud formulada por el Hospital, personal de la PIP se constituyó en el nosocomio y procedió a tomar las impresiones digitales de cada uno de ellos, a la vez que recogían la información que entonces obraba en poder del Hospital. Con la publicación de las fotografías en los diarios se logró que los familiares de algunos de estos pacientes acudieran al Hospital y los reconocieran. pero lamentablemente luego se perdió contacto con la policía, desconociéndose el resultado final de las investigaciones practicadas, así como no se continuó con este tipo de servicio a pesar de presentarse nuevos casos de pacientes que ingresaban sin proporcionar su identidad.

APLICACIONES DE LA IDENTIFICACION

La aplicación de la identificación es muy variada y compleja. En las épocas primitivas tenía por meta la diferenciación de los grupos sociales; posteriormente de las personas que constituían un conglomerado; pero hoy en día existen innumerables campos de aplicación, algunos de los cuales todavía no han sido totalmente investigados.

Identificación y Administración de Justicia

La convicción de la prueba dactiloscópica es uno de los aportes más valiosos a la Administración de Justicia, es lógico y racional que las huellas constituyen por su importancia prueba legal, para lo cual el establecimiento de un servicio de identificación judicial y un archivo dactiloscópico junto con la historia judicial de los reincidentes, llena actualmente una necesidad primordial, evitando confusiones por la costumbre de cambiarse de nombre los delincuentes con el fin de burlar la acción de la justicia.

Identificación y Registros Civiles

La suprema función de estos organismos es la legislación del nombre y del apellido de las personas, la comprobación de su muerte o la alteración de su estado civil. Esta función puede ser defraudada con fines delictuosos; con un servicio de identificación, producto de técnica depurada y consciente, las posibilidades de poligamia, nombres falsos, muertos en vida con la esperanza de cobrar pólizas de Seguros, pueden ser fácilmente prevenidas.

Identificación y Fe Pública

Sabemos de la importancia de ciertos documentos, que para tener valor legal es necesario sean suscritos por un Notario Público, quien exige en primer lugar la identificación del interesado o de las partes, apelando para ello a los documentos personales, los cuales bien sabemos, son susceptibles de adulteración. Entonces, requiérese en este caso dejar plenamente probada la identidad mediante un medio seguro e infalible: la Dactiloscopia.

Identificación en las Operaciones Bancarias y Comerciales

El Carnet de Identidad Personal con las respectivas impresiones digitales aportaría un contingente de seguridad y sencillez en las transacciones comerciales y operaciones bancarias; porque desterraría de ellas la estafa y el fraude.

Identificación e Institutos Armados

El problema en este caso ha quedado resuelto, debido a que los militares de los diversos institutos están verídicamente identificados, llevando inclusive en su Carnet de Identidad los datos correspondientes a su persona; haciendo constar que actualmente para el ingreso a cualquiera de los Institutos Armados, es de carácter obligatorio la toma de las impresiones digitales de los interesados.

Identificación y Proceso Electoral

Es necesario que la masa electoral esté identificada y depurada previamente con el auxilio de la Dactiloscopia, porque si no las elecciones no podrían ser jamás la interpretación exacta de la voluntad ciudadana.

Identificación y Profilaxis de la Migración

La profilaxis de la migración no puede prosperar sin la identificación dactiloscópica, que es su base; la prevención de la infiltración de elementos extranjeros perniciosos, anotando sus antecedentes con el fin de controlar sus actividades y prever éstas, se logra mediante la identificación.

Identificación y el Recién Nacido

La individualización del recién nacido constituía un problema muy difícil en los Hospitales y Centros Maternales; los medios eran deficientes y consecuentemente, algunas veces, los menores eran adjudicados a madres que no les correspondían. Esto ha sido solucionado con la aplicación de la Pelmatoscopía, sistema basado en las mismas leyes de la Dactiloscopía.

Identificación y Servicios Médicos

Los Hospitales, Asistencias Públicas y otros Centros Médicos, son lugares de gran concurrencia. Muchas veces, los pacientes son llevados en estado de coma. Si no portan ningún documento personal la identificación será imposible; problema que se agravaría en el caso de sobrevenir la muerte. Existiendo un Servicio de Identificación el problema estaría resuelto.

Identificación y Enfermedad Mental

Si bien es cierto, que es un campo aún inexplorado, ello se refiere sólo a su aplicación, pero la idea ya existió. El antecedente más remoto lo encontramos en Harris Hawthorne Wilder y Bert Wentworth, quienes la proyectaron hace 47 años. En el Perú fue concebido por el IG-PIP Carlos Ramírez Núñez, en sus "Apuntes de Dactiloscopía", el año de 1937. Sin embargo, hasta ahora, no se le ha dado la dinámica respectiva a tan útil e importante proyecto, fiel exposición de una necesidad social.

SISTEMAS DE IDENTIFICACION UTILIZADOS EN ALGUNOS HOSPITALES DEL PERU

Aun cuando no se puede generalizar, de manera absoluta, en los Hospitales del Perú, salvo en la Maternidad de Lima (1956), no existe un Servicio de Identificación científica.

Indudablemente que existen determinadas modalidades de registrar a los pacientes según los hospitales; siendo común en todos ellos la Ficha Clínica, de enorme importancia desde el punto de vista médico, mas no así del identificatorio. También se utilizan ciertas Tarjetas, que no contienen sino la filiación del paciente, método superado hace ya más de un siglo; y los datos personales, cuya veracidad se acoge a la buena fe de aquél o de sus familiares; en otros casos se valen de documentos personales, llámense éstos partidas, carnets, etc., garantizados por un sello o una firma, vulnerables a cualquier fraude. Ello no constituye un método de identificación seguro como ya hemos visto anteriormente.

HOSPITALES MENTALES

El Hospital "Víctor Larco Herrera" y el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", son los únicos en toda la República. El problema de la identificación es el mismo que se encuentra planteado en los demás hospitales, cuya apreciación genérica acabamos de hacer y al mismo tiempo presentan los problemas singulares, señalados al ocuparnos de la identificación de los enfermos mentales.

Para comprender mejor esta situación y por ser interés del presente trabajo, hacemos en seguida un breve comentario sobre los medios de identificación utilizados en dichos Centros.

El hospital "Víctor Larco Herrera" para recibir a un paciente exige, previamente, la presentación de un expediente ante la Beneficencia Pública de Lima en el cual se incluyen los documentos de identidad del paciente. Por su parte la Sección Estadística lleva un registro con los datos de los pacientes, acompañados de sus fotografías tanto de frente como de perfil.

Si bien es cierto que éstas son medidas de seguridad identificativas, ellas son relativas, porque son ineficaces para evitar un fraude de documentos, la presentación de una persona por otra y otros problemas similares.

El Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" es una institución estatal, dependiente del M.S.P. y A.S. que fue inaugurado el 10 de Setiembre de 1961.

En los primeros cuatro años de su existencia, hasta el 31 de Agosto de 1965, ha atendido alrededor de cinco mil pacientes, de los cuales se hospitalizaron el 40% más o menos. El hospital es "abierto", es decir, la solicitud de asistencia es libre y la posibilidad de internamiento sólo depende de la prescripción médica.

Estas características han significado un real servicio a la comunidad, pues las gentes tienen en él la oportunidad de encontrar la rápida y efectiva atención psiquiátrica, especialmente en los casos de emergencia. En este sentido, la policía, sabe que cuenta con la colaboración del hospital para solucionar las innumerables ocurrencias de calle protagonizadas por enfermos mentales.

En una revisión somera de las Historias Clínicas, se ha comprobado el enorme número de casos en los cuales los enfermos son traídos con ayuda de la policía o remitidos por distintas autoridades de la República. Pero al mismo tiempo tanto por las características como por el volumen de enfermos asistidos y la variada procedencia de éstos, así como la situación de emergencia a las que el personal del hospital (médicos y servicio de Estadística) se ha enfrentado; a veces la identidad del paciente no ha podido ser establecida.

Al lado de personas cuya identidad no resulta claramente establecida por carencia de documentos de identidad (y de otros medios de la vida civil), existen casos definidos de personas que al llegar al hospital, se encuentra imposibilitadas de proporcionar información acerca de su identidad o rehusan hacerlo. Esta situación dio lugar a que el Servicio de Estadística del Hospital abriera una Sección Especial en el fichero alfabético llamada "NN", numerándose correlativamente los casos que se iban presentando.

MATERIAL Y METODO

El material de trabajo, ha estado constituído por 17 casos NN; éstos se refieren a pacientes que en el momento de ingresar no manifestaron sus nombres o se presentaron con otros, creando un difícil problema respecto a su identidad.

Con el propósito de establecer la verdadera identidad de dichos pacientes, hemos realizado una serie de diligencias que constituyen el *procedimiento* del caso, sirviéndonos para ello de la Técnica Policial, único medio posible de aplicar en situaciones como éstas.

En primer lugar, se agotaron todos los medios de información hospitalarios, para lo cual nos remitimos al Departamento de Estadística, Servicio Social y Personal Médico. Luego se obtuvo las impresiones digitales de los pacientes-problemas que aún se encontraban internados en el hospital, para ver si estaban registrados en el Archivo Central PIP. También consideramos necesaria la entrevista con el (la) paciente, teniendo en cuenta que varios de éstos ya se encontraban en estado de mejoría y por lo tanto sus datos nos serían útiles.

Con estas informaciones y basados en ellas recurrimos a otras fuentes, tales como: Gabinete Central PIP, Archivos Especializados, otras entidades policiales, Areas de Salud, Asistencias Públicas, Morgue Central, diarios capitalinos, etc.; con el fin de incrementar referencias sobre los casos o para la verificación de datos, pues muchos de ellos, sobre todo los proporcionados por los pacientes, resultaron equivocados o falsos.

De cada caso se estructuró una ficha que contenía los siguientes elementos:

1.—Una fotografía de cuerpo entero, correspondiente al paciente (salvo el caso de aquéllos que no han podido ser ubicados y de los fallecidos).

2.—El número que le corresponde al paciente, dentro de los casos NN, de acuerdo a la fecha de ingreso.

3.—Número de la Ficha Clínica del paciente.

4.—Su fórmula dactiloscópica.

5.—Un Informe Sumario del hospital, donde se consignan todos los datos referentes al paciente, proporcionados por el hospital.

6.—Diligencias inmediatas, o sea toda la actividad realizada y encaminada a esclarecer el problema de identidad de cada caso.

7.—Conclusiones, que comprende, todo cuanto se ha llegado a establecer respecto al caso.

CASUISTICA

Como puede observarse en el cuadro N° 1, el grupo de pacientes "NN" comprende catorce mujeres (82.3%) y tres hombres (17.7%); todos fueron encontrados deambulando, y la mayoría en zonas circundantes de la gran Lima, en estado de abandono moral y material.

En diez de los casos, la Policía fue quien condujo y solicitó atención para los enfermos en el hospital; gestionaron el internamiento de los restantes, diversas instituciones y personas.

Aunque no existe el dato de la edad aproximada en todos los casos, resulta interesante observar que la mayoría son adultos jóvenes.

La distribución de los casos de acuerdo con la fecha de internamiento, es la siguiente: en 1961 (Septiembre a Diciembre), un caso; en 1962, tres casos; en 1963, cinco casos; en 1964, cuatro casos; y, en 1965 (Enero y Agosto), cuatro casos.

En lo que a resultado de las investigaciones se refiere, hemos consignado como positivo, aquellos casos en los cuales se logró el esclarecimiento de la identidad; y como negativo, los que no han llegado a esclarecerse con las diligencias efectuadas, lo cual no significa la posibilidad de que en el futuro pudiera llegar a conocerse la identidad de estas personas. Los casos positivos son ocho y los negativos nueve; de cada uno de ellos consignamos a continuación, la Ficha Individual.

CUADRO Nº 1

DATOS GENERALES DE LOS CASOS NN

NN	*Fecha Ingreso*	*Edad (Aprox.)*	*Sexo*	*Procedencia*	*Traído por*	*Resultados de la investigación*
1	23.09.61	16	Femenino	Vitarte	La Policía	Negativo
2	20.11.62	30	Masculino	Ancón	La Policía	Fallecido
3	15.04.62	28	Femenino	La Victoria	La Policía	Positivo
4	15.04.63	54	Femenino	Surco	La Policía	Negativo
5	21.04.63	26	Femenino	Vitarte	La Policía	Positivo
6	11.05.63	38	Femenino	Callao	La Policía	Negativo
7	05.11.63		Femenino	S. M. de P.	A. Social	Positivo
8	08.04.64		Femenino	Callao	Area Salud	Negativo
9	25.05.64		Femenino	Vitarte	Guardián	Negativo
10	10.07.64	30	Masculino	Lima	La Policía	Negativo
11	20.08.64		Masculino	Lima	La Policía	Negativo
12	01.04.65	40	Femenino	Vitarte	La Policía	Positivo
13	17.05.65	20	Femenino	Chimbote	Religiosas	Positivo
14	09.07.65		Femenino	Vitarte	S. Social	Fallecida
15	10.06.62	21	Femenino	Lima	Periodista	Positivo
16	11.09.63		Femenino	Pasamayo	La Policía	Positivo
17	06.08.65	25	Femenino	Barranco	A. Social	Positivo

CASO NN 1.—"Sexo femenino, edad aproximada 16 años, internada por el Cabo de la GCP Santiago Senis Olivares del Puesto de Vitarte, con la camisa llena de excremento y temblando de frío, como atontada, el 23.09.61". (Historia Clínica 2095).

Fórmula dactiloscópica:	S 1 3 3 3	D 2 1 2 2
	5 3 16 8	8 6 13 12

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Entrevistado el hoy Sargento GCP Santiago Senis Olivares que domicilia en el mismo Puesto de Vitarte, manifestó no conocer nada acerca de la paciente; limitándose a referir que fue encontrada en las inmediaciones de la Hacienda "La Encalada", siendo los trabajadores de este lugar los que la trasladaron al mencionado Puesto. Nos constituímos a la referida hacienda con el fin de recoger datos de la enferma, sin conseguirlos.

CONCLUSIONES.—No se ha logrado precisar nada acerca de su identidad, pese a que se hizo exhaustivas averiguaciones. La paciente tiene deficiencia intelectual, no ha adquirido lenguaje oral y por lo tanto está incapacitada para proporcionar información.

CASO NN 2.—"Sexo masculino; edad aproximada 30 años. Depositado por el GCP Daniel Calderón de la 27ª Comisaría (Ancón), el 20.11.62. Lo encontraron vagando en Ancón, tirando piedras a los edificios. Falleció en el Hospital el 14.12.62. Antes dijo llamarse Víctor Eloy Zurita, que había trabajado en Casa grande y que allí tenía familiares. Señas especiales: le faltaba el miembro superior derecho". (Historia Clínica 1134).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Basados en el informe hospitalario, se recurrió al Gabinete Central PIP, con el fin de averiguar los datos personales referentes al paciente fallecido; siendo el resultado negativo.

CONCLUSIONES.—No se ha podido establecer su identidad. Tampoco ningún otro dato respecto a sus familiares.

CASO NN 3.—"Sexo femenino, edad aproximada 28 años, traída por la policía del distrito de La Victoria, el 15.4.62, llamada según ella María Victoria Godoy Calderón, por encontrarse deambulando en al vía pública". Se encuentra en el hospital. (Historia Clínica 1341).

Fórmula dactiloscópica:	V 4 4 4 4	V 4 4 4 4
	e i i e e	e i i e i

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Aprovechando de los datos proporcionados por la paciente nos trasladamos al barrio de Leticia, 3er. Sector Nº 119 del Cerro San Cristóbal, lugar donde viven sus familiares. Una vez en el lugar comprobamos

la falsedad de los datos proporcionados por ella. Mediante posteriores indagaciones se logró ubicar a su padrastro llamado Justiniano Portilla Mendoza (65), quien vive en la dirección indicada, pero con el número 764-C, quien nos proporcionó los datos personales de la referida paciente.

CONCLUSIONES.—Su nombre es María Victoria Godoy Garay, y no María Victoria Godoy Calderón. Tiene aproximadamente 30 años. Natural de Chiquián (provincia de Bolognesi, Departamento de Ancash); lleva los apellidos de sus padres adoptivos.

CASO NN 4.—"Sexo femenino. Traída por la Policía, pues vagaba por los campos de Surco, a veces agresiva. El 24.5.63, su médico indicó que se llamaba Manuela Cusi Jibaja. Fue dada de alta el 15.8.64". (Historia Clínica 1526).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—En la Comisaría de Surco, en los archivos especializados y fuentes de información no se obtuvo datos. Personas que la conocen, dijeron que parecía que había sido atendida en el Servicio Social del Callao, pero no se pudo averiguar nada positivo.

CONCLUSIONES.—No se llegó a establecer su verdadera identidad ni menos sus datos personales. En el mismo hospital, se comprobó en su ficha clínica que la han confundido, pues existe una fotografía que no le corresponde.

CASO NN 5.—"Sexo femenino. Edad aproximada 25 años. Traída por la Policía de Vitarte, GCP Ricardo Campos, por arrojar piedras a los vehículos y herir a un pasajero (alteración del orden público) el 21.4.63. El 16.5.63 dijo llamarse Nérida Vargas Torres, ser de Rioja. Tuvo un conviviente Marcelino Tafur que falleció. Familiares de él viven en Marañón 385, Rímac. Un hijo vive en Casma con don Ismael Tafur". (Historia Clínica 1527).

Fórmula dactiloscópica: $\frac{V\ 4\ 3\ 3\ 3}{i\ i\ 9\ 20\ 17}\quad\frac{D\ 2\ 2\ 2\ 4}{17\ 18\ 13\ 17\ i}$

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Con el informe recibido de la paciente, nos trasladamos a la dirección proporcionada, dificultándose su ubicación por haber cambiado la denominación de las calles. Mediante indagaciones posteriores se logró determinar el domicilio buscado, en el cual vivía su prima Lidia Villacorta Gonzales, y otros familiares, sito en la calle Mendoza Merino N° 902, Mendocita. Dicha prima, nos proporcionó datos personales de la paciente. También se consiguió ubicar a un familiar de su conviviente, quien agregó otros datos.

CONCLUSIONES.—Su nombre es Nérida Grández Torres, y no Nérida Vargas Torres. Natural de Rioja. Hija de Marceliano Grández y Ercilia Torres Armas, ambos fallecidos. Tiene tres hermanos, y un hijo llamado Carlos Tafur Grández

CASO NN 6.—"Sexo femenino, traída al hospital por el GCP Tomás Jibaja, de la 2da. Comisaría del Callao, por orden del Juez Instructor de esa Provincia, el 11 de Mayo de 1963. Persona cuyo nombre se ignora por tener perturbación mental; a fin de someterse a tratamiento correspondiente. Luego ha dicho llamarse Nora Pimentel". (Historia Clínica 1586).

Fórmula dactiloscópica: $\dfrac{S\ 3\ 3\ 4\ 3}{5\ 6\ 13\ e\ 5}\quad\dfrac{D\ 4\ 2\ 2\ 2}{9\ i\ 14\ 13\ 8}$

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Interrogada la paciente dijo llamarse Nora Pimentel Ibarra, vivir en el Callao, Barriada de Corongo, no recordando el número del Lote. Tener tres hermanos: Antonio (28), Guillermo (18) y Jorge (17). Constituídos al lugar referido por la paciente, y hechas numerosas indagaciones no se pudo ubicar el domicilio de ésta, ya que se carecía del número y dicha barriada es inmensa. Se recurrió al Archivo Central PIP, al Registro Electoral y al Archivo PIP del Callao, con el fin de determinar el domicilio de alguno de sus familiares, siendo el resultado negativo.

CONCLUSIONES.—No se logró establecer la identidad, ni sus datos personales.

CASO NN 7.—"Sexo femenino, traída al hospital por la Srta. Nelly Arias, Asistenta Social del hospital en esa época, el 5 de Noviembre de 1963. La encontró en la calle Caquetá, cubierta con costales. Dice ahora llamarse Gloria Villanueva". (Historia Clínica 2053).

Fórmula dactiloscópica: $\dfrac{S\ 3\ 3\ 3\ 3}{6\ 11\ 10\ 15\ 15}\quad\dfrac{D\ 2\ 2\ 2\ 2}{11\ 14\ 12\ 15\ 12}$

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Informados por la paciente, nos constituímos a la barriada Leticia, Lote N° 198, donde dijo vivían sus abuelos Tomás Rodríguez e Inés Sanabria Ramos; comprobándose la falsedad de dichos datos. Valiéndonos de otros recursos logramos ubicar el domicilio de los referidos abuelos, siendo éste Leticia N° 58 Jr. Madera; pero sin encontrarlos en este lugar, sino en el Mercado San Idelfonso, donde tienen un puesto de venta de bolsas.

CONCLUSIONES.—Su nombre es Gloria Villanueva Rodríguez y tiene 25 años de edad. Nació en el Rímac, Lima, no pudiéndose determinar la fecha exacta. Sus padres son Segundo Villanueva y Carmen Rodríguez Sanabria; ambos fallecidos. Hermanos: Ernesto, Segundo, Guillermo, Margot (legítimos).

CASO NN 8.—"Sexo femenino. Enviada por el Area de Salud del Callao el 8.4.64. Se sugirió el concurso de la PIP del Callao, y la enviaron con ficha dactiloscópica el 8.9.64 sin haber podido establecer identidad. Dijo luego llamarse Margarita Flores García y ha salido de alta el 2.7.65". (Historia Clínica 2608).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Con los datos recibidos del hospital se procedió a indagar sobre la persona con quien había salido del nosocomio y el lugar a donde se había dirigido, llegándose a tener conocimiento de que en el hospital durante el tiempo que estuvo internada conoció a una paciente de la que se hizo muy amiga; a los pocos meses que ésta salió de alta, manifestando ser su cuñada, se la llevó a su casa. La persona que sabe el nombre de esta paciente es la enfermera Aurea Guerrero Mendoza; pero ésta se encuentra gozando de vacaciones en la ciudad de Ayacucho.

CONCLUSIONES.—No se ha llegado a establecer nada acerca de la paciente por carecer de datos.

CASO NN 9.—"Sexo femenino, sólo habla quechua, traída en consulta por Isaac Montoro, guardián del Seminario Dominicano el 25 de Mayo de 1965. La llevó a la Policía y allí le dijeron que la botara, que ellos no se ocupan de locos, se le sugirió que buscara el concurso de la PIP; no volvió". (Historia Clínica 2655).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Informados por el hospital nos trasladamos al Convento Dominicano (Km. 4 Carretera Central), con el fin de ubicar a Isaac Montoro, guardián de dicho convento. Constituídos en el lugar nos manifestaron que el guardián mencionado hacía tres meses que no trabajaba allí, desconociendo su paradero.

CONCLUSIONES.—No se pudo establecer nada respecto a esta paciente.

CASO NN 10.—"Sexo masculino, edad aproximada 30 años, traído a consulta por el Sub-Oficial GC Pedro Cárdenas Zevallos de la 3ª Comisaría el 10.7.64 por ser sordo-mudo y encontrarse en estado de abandono moral y material, siendo asimismo un peligro inminente para la sociedad. Se le indicó que lo llevara a un Instituto para sordo-mudos". (Historia Clínica 2812).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Nos constituímos a la casa del Sub Oficial GC Pedro Cárdenas Zevallos, quien reiteró lo informado por el hospital, agregando que al no conseguir la admisión de dicho paciente, por tratarse de un sordo-mudo, lo trasladó al Asilo de Ancianos San Vicente de Paúl. En esta Institución, nos informaron que había sido trasladado al Hospital Dos de Mayo. Entrevistado allí el paciente, sólo conseguimos determinar su situación, mas no su verdadera identidad, debido a su incapacidad para proporcionarla.

CONCLUSIONES.—No se llegó a establecer su verdadera identidad ni menos sus demás datos personales.

CASO NN 11.—"Sexo masculino, traído por la Policía el 20 8 64 a solicitud del abogado Nicolini, quien lo encontró en la calle, bailando, rompiendo plantas y exponiéndose a los autos. Dijo ser Emiliano Pinedes o Juan López al ingresar, natural de Caraz. Ya en el Hospital declaró llamarse Juan Pinedo López. De alta el

14.2.65. Vive con un tío y trabaja en una Hacienda de Huacho". (Historia Clínica 4087).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Nos trasladamos a Huacho, teniendo en cuenta los datos hospitalarios, con el fin de ubicar al paciente o a sus familiares en alguna hacienda, lo cual no se pudo lograr por la existencia de gran número de éstas.

CONCLUSIONES.—No se ha podido establecer la identidad de este paciente.

CASO NN 12.—"Sexo femenino, traída por el Sub-Oficial G.C. Ismael Molina Cornejo del Puesto de Vitarte y el Sr. Manuel Arce Portocarrero de la Cía. de Seguros Peruano-Suizo, el 1.4.65. Sufrió atropello el 23.3.65 en la Carretera Central, con fractura de la pierna izquierda. Dijo llamarse Nicolasa Molledo Hinostroza. Solicita salir de alta para buscar a sus familiares". (Historia Clínica 2953).

Fórmula dactiloscópica: $\dfrac{A\ 2\ 3\ 3\ 3}{15\ 11\ 15\ 9}$ $\dfrac{D\ 3\ 2\ 2\ 2}{3\ 8\ 14\ 14\ 8}$

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—En base a los datos proporcionados por la enferma en la entrevista, se ubicó el domicilio de un primo que decía vivía en el Jr. Risso Nº 33, siendo en realidad el inmueble número 723. Este familiar vive con su conviviente llamada Lidia Martínez quien dio información sobre el caso. Igualmente se ubicó a una paisana llamada Cecilia Huamán Luján domiciliada en Pasaje Ostolaza, quien nos proporcionó datos más concretos sobre el particular.

CONCLUSIONES.—Su nombre es Nicolasa Molleda Hinostroza, edad 43 años, natural de Urcumayo, Departamento de Junín. Sus padres son: Clemente Molleda y doña Adelia Hinostroza Aldana; vino a Lima por primera vez a la edad de 13 años. Vive en el jirón Risso 723, Lince.

CASO NN 13.—"Sexo femenino. Edad aproximada 20 años. Traída por el Padre Ramón Moore del Asilo de Ancianos de Chimbote, la encontraron vagando, agresiva, destructora, el 17.5.65. Luego dijo llamarse Petronila Pérez Tamariz. Tiene una hermana Dora en Puente de Piedra (a dos cuadras adentro a la altura del paradero). Un cocinero del hospital la conoce. Salió de alta". (Historia Clínica 3759).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Según el informe proporcionado por el hospital, se interrogó a los ccoineros que laboran allí, a fin de localizar al que conocía a la paciente, con resultado positivo, ya que pudimos obtener más datos. Constituídos en el Distrito de Puente de Piedra, mediante indagaciones, se llegó a ubicar el domicilio de una hermana de la paciente llamada Manuela, sito en la calle Juan Lecaros Nº 149, quien manifestó que no la veía mucho tiempo, dando la dirección de su otra hermana, Doar, situada en el Jr. Leoncio Prado Nº 173, Puente Piedra.

CONCLUSIONES.—Su nombre es Petronila Tamariz, nacida el 16 de Mayo de 1938, en Macate (Chimbote). Hija de Andrés Pérez Cortez y de Victoria Tamariz Loyola (fallecida). Tiene seis hermanos llamados Manuela, Fara María, Dora, Luis y Edita.

CASO NN 14.—"Sexo femenino. Traída por monjitas de Maryknoll el 9.7.65 a la consulta por estar vagando en Ciudad de Dios y tirar piedras a la gente. Se internó el 9.7.65. Dijo llamarse luego Juana Francisca Pedraza, ser natural de Andahuaylas. Falleció por sofocación (trozo de carne) el 10.7.65 y se le practicó autopsia en la Morgue Central". (Historia Clínica 3890).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—De acuerdo con los datos proporcionados por el hospital, nos constituímos a la Morgue Central de Lima, lugar donde se le practicó la autopsia, obteniéndose el siguiente resultado: "Protocolo N° 41836. 11.7.65. Edema pulmonar agudo.

CONCLUSIONES.—No se ha podido establecer su identidad.

CASO NN 15.—"Sexo femenino, edad aproximada 21 años, traída por el Sr. Carlos Meyer Aragón del Diario "Expreso" por encontrarla en la puerta de la Catedral de Lima, donde estuvo por espacio de un mes. Al ingresar al hospital el 19.6.62 dijo llamarse Blanca Graña Zavaleta o Elizabeth Taylor, y que tenía un esposo llamado Luis Maldonado (falso). El 22.6.62 a raíz de publicaciones en el Diario "Expreso", el Sr. Meyer informó que se presentó un hermano de la paciente que la identifica como Cenia Anaya Cotillo. Salió de alta el 13.9.63". (Historia Clínica 714).

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—En base a la información proporcionada por el hospital, se procedió a ubicar al Sr. Carlos Meyer Aragón para lo cual se agotaron todos los medios disponibles pero con resultado negativo revisando inclusive, el Gabinete PIP y el Archivo de la División de Extranjería. Se logró ubicar al hermano de la paciente, quien domicilia en la Av. Abancay N° 911, dándonos toda la información necesaria.

CONCLUSIONES.—Su nombre verdadero es Cenia Anaya Cotillo, natural de Aija, Departamento de Ancash, de 23 años, soltera. En el mes de Febrero de 1965, regresó a su tierra. Sus padres son: Jeremías Anaya y doña María Cotillo (fallecida). El hermano se llama Bernardo Anaya Gonzales, de 30 años.

CASO NN 16.—"Sexo femenino. Fue traída por la Policía de las arenas de Pasamayo a pedido de la JNA, el 11.9.63. Dijo llamarse Agustina Paredes; pero en la época del experimento de identificación, su médico manifestó que ése no era su nombre". (Historia Clínica 1903).

Fórmula dactiloscópica: $\frac{S\ 3\ 3\ 2\ 4}{10\ 9\ 6\ 18\ i}$ $\frac{D\ 4\ 4\ 3\ 2}{8\ e\ e\ 5\ 14}$

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Informados por la paciente, respecto a una tía que dijo vivía en la Zona de Manzanilla s/n., nos constituímos en dicho lugar para ubicar el domicilio, comprobándose la falsedad de los datos. Posteriormente es logró ubicar el domicilio buscado, mediante indicaciones de la misma paciente que fue llevada a la referida Zona, donde encontró a un familiar (calle manzanilla Nº 268, int. 5); obteniéndose todos los datos referentes a la enferma.

CONCLUSIONES.—Su nombre es Justina Caballero Vargas, de 34 años de edad, natural de Ica. Hija de Manuel Caballero y de Felipa Vargas de la Cruz. Tiene siete hermanos. Vino a Lima a los 17 años. Tiene un hijo llamado Juan Tineo Caballero.

CASO NN 17.—"Sexo femenino. Edad aproximada 25 años. Referida por el Centro de Salud de Barranco a pedido de doña María de Dodero, quien le había dado alojamiento en su casa junto con una hijita, dándose cuenta que no estaba normal. Informaron que se llamaba Jesús Aguilar y en el hospital creyeron reconocerla, existiendo una ex paciente de ese mismo nombre". (Historia Clínica 4263).

Fórmula dactiloscópica: $\frac{\text{V 2 3 4 3}}{\text{i 11 11 e 11}}$ $\frac{\text{V 3 4 4 2}}{\text{e 15 i i 12}}$

DILIGENCIAS INMEDIATAS.—Teniendo en cuenta el informe proporcionado por el hospital, ratificado por la paciente, nos constituímos al domicilio de la Sra. María de Dodero, (Calle Las Magnolias Nº 170, Barranco), quien entre otros datos, nos manifestó tener conocimiento, respecto a una madrina de la paciente que viviría entre el Puente del Ejército y la estación del Ferrocarril Central. Después de indagaciones posteriores se llegó a ubicar el domicilio de dicha persona, estableciéndose que correspondía al nombre de Victoria Souza, quien incrementó los datos recibidos anteriormente.

CONCLUSIONES.—Su nombre es María Jesús Ayala Aguilar, de 25 años de edad, natural de la Provincia de Huanta (Ayacucho). Hija de Oswaldo Ayala y de Beatriz Aguilar. Vino a Lima en 1952. Tiene una hija, quien se encuentra en la Cuna Maternal de Chorrillos.

APLICACION EXPERIMENTAL DEL SISTEMA DACTILOSCOPICO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL "HERMILIO VALDIZAN"

Con el objeto de estudiar la posibilidad de aplicación del sistema dactiloscópico, decidimos realizar una experiencia con una muestra que consistió en el 25% de los pacientes hospitalizados en ese momento.

El material lo constituyeron cien pacientes (50% de cada sexo); preferimos no hacer ninguna selección previa, por el contrario convinimos en tomar un deter-

minado número de cada pabellón, inclusive del quinto cuyos enfermos son de mayor gravedad y revisten cierto grado de peligro.

Para la realización de la experiencia, contamos con la ayuda del Gabinete Central de Identificación PIP que nos proporcionó el material necesario.

Desde el primer momento llevamos consigo un inevitable prejuicio el cual se explica por el común concepto que se tiene de un enfermo mental y de la relativa oportunidad en el trato con éstos. Ese prejuicio inicial es acrecentó, llegado el momento de entrar en contacto directo con el enfermo y sólo duró hasta que la realidad nos demostró lo contrario.

En general, todo nos fue favorable, los pacientes colaboraron activamente en la toma de impresiones y en la entrevista haciendo positiva nuestra experiencia, salvo algunos problemas, que fueron los menores, y que a continuación los exponemos:

A.—Imposibilidad de proporcionar datos

Algunos enfermos mentales, están incapacitados de proporcionar toda clase de informes, lo que determina que su identidad sea desconocida. Uno de estos casos, es el de la paciente NN 1, cuyas únicas reacciones son la risa y el llanto.

B.—Proporcionamiento de datos falsos

Hay pacientes que ante una pregunta contestan en la forma más vaga e incoherente, desde luego, lejos de la realidad. Es el caso de aquellos que dicen llamarse un nombre que no les corresponde

C.—Limitación para proporcionar datos

Ciertos pacientes si bien es verdad que dan algunas referencias, en cambio callan otras, que según dicen, no se acuerdan; por supuesto se trata de datos elementales, como son: lugar de nacimiento, nombre de sus padres, domicilio, etc.

D.—Negativa para proporcionar información

No se trata de imposibilidad, como, en el primer caso expuesto, sino de una negativa para proporcionar datos debido a factores propios de su enfermedad; esto se solucionó con la presencia del psiquiatra.

E.—Desaparición superficial y relativa de las crestas papilares

Un caso muy curioso fue el de un paciente que ha borrado superficialmente sus crestas papilares, debido a la costumbre de frotarse las yemas de los dedos en superficies ásperas, tales como paredes de cemento, fierros, ladrillos, etc. Este hecho dificulta la clasificación de su dactilograma.

F.—Existencia de fobias

Hay pacientes que no pueden aceptar ciertos objetos o actitudes, tienen aversión por ellos; es el caso de aquéllos que se niegan al entintado de sus dedos para la respectiva toma de impresiones, hechos que también puede superarse con la presencia del psiquiatra.

G.—Dificultades físicas

Se trata de aquellos enfermos, que debido a su estado nervioso o de crisis tienen los dedos similares a los anquilosados, lo que dificulta enormemente la toma de impresiones.

H.—Relatividad en la reseña

Debido a ciertas enfermedades o determinados medicamentos, algunos pacientes alteran ciertas características físicas, como la contextura, color del iris, inestabilidad física (temblores); así también su forma de expresión oral.

COMENTARIO

El estudio de 17 enfermos mentales, que entre setiembre de 1961 y agosto de 1965 fueron atendidos en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizan", sin identidad establecida, y que por lo tanto figuraban en la Estadística del hospital como casos NN; así como la aplicación experimental del sistema de Identificación Dactiloscópica en una muestra representativa de la población internada en ese Nosocomio, obliga a formular comentarios de carácter tanto singular como general, acerca de las observaciones practicadas y de los resultados obtenidos.

Si observamos el cuadro de los datos generales de los pacientes NN, algunos hechos son evidentes: en primer lugar todos ellos fueron encontrados deambulando en la vía pública y en el 58% de los casos fue la policía quien intervino en forma directa o a solicitud de terceros para conducirlos al hospital, el 42% restante llegó a través de Instituciones de Ayuda Social, y sólo en dos casos con personas particulares. De otro lado, llama la atención que sólo tres pertenezcan al sexo masculino y la mayoría provengan de la zona periférica de la gran Lima, lo cual debe mover a reflexión acerca de la posible influencia de ciertas actitudes de la comunidad frente al sexo femenino, que probablemente despierta con más facilidad sentimientos positivos cuando se encuentra en situación de abandono y peligro moral. En este sentido parece que la policía reaccionara como el común de las gentes, pues sabemos que su actitud frente a enfermos mentales de sexo masculino que deambulan por las calles, es bastante diferente.

En cuanto al número de casos anuales, salvo el año de 1961, se mantiene una cifra prácticamente igual. Debemos recordar que en 1961 el hospital sólo funcionó a partir del último trimestre, lo cual explicaría la diferencia aparente. De otro lado si el número de solicitudes nuevas de atención es alrededor de mil por año, los casos NN representarían el 0.5% del total. Si a primera vista esta proporción parece tan pequeña no debe olvidarse que hay muchos casos de personas atendidas cuya identidad no ha sido claramente establecida como hemos podido observar durante nuestra labor en el hospital, sin que pueda conocerse exactamente la proporción real de estos casos, precisamente por la inexistencia de un archivo técnicamente organizado. Basta mencionar que durante las indagaciones que practicáramos inicialmente en el hospital, el número original de casos NN que ascendía a 14, se incrementó con 3 más, que fueron reportados por los médicos recién en ese momento.

En cuanto a los resultados de las diligencias, que practicamos en cada uno de los casos para establecer la identidad de los pacientes, en 8 de ellos, o sea el 47%, la identidad ha quedado definitivamente establecida. De los 9 casos restantantes, es preciso señalar que dos fallecieron antes de la investigación; otros dos, encontrándose actualmente en el hospital, no han permitido el esclarecimiento de su identidad por razones de su estado mental en un caso y la falta de colaboración familiar en el otro. Todo esto está significando la falta de criterio técnico para el estudio y clasificación de estos casos y la desventaja evidente derivada de la ausencia de una oficina de identificación en el hospital. Es lamentable que tanto el hospital como la PIP, salvo la gestión iniciada el año 1963, no continuaron en esta labor de colaboración mutua, quizás porque no se sospechó en esa época la magnitud creciente que el problema iba a adquirir.

La aplicación experimental del sistema de identificación dactiloscópica al 25% de la población del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" (cien pacientes), tuvo por finalidad averiguar la viabilidad de este procedimiento tratándose de enfermos mentales y buscando un medio seguro para evitar en lo posible los problemas que hemos visto. La utilización de este sistema de identificación en un hospital mental, no constituye una idea original nuestra, pues hace ya medio siglo fue propuesta en razón de conocerse la existencia de problemas de índole igual a los que nos ha tocado enfrentar, en los hospitales mentales de diversos países y cuya solución no era posible por los medios de identificación hospitalarios.

No se trata tampoco de una identificación especial sino simplemente de la Identificación Civil aplicada al campo hospitalario, y en este caso a la identificación de los enfermos mentales, que por sus alteraciones, dan lugar a una serie de problemas que exigen más que en otros casos la utilización de procedimientos científicos e infalibles para el establecimiento de la identidad.

Después de observar los procedimientos de identificación que se utilizan en diferentes hospitales, sólo cabe resaltar, que con excepción de la Maternidad de Lima ninguno de ellos se sirve de un sistema de identificación infalible como es la Dactiloscopia. Sin embargo no podemos pasar por alto el hecho de que en los

hospitales castrenses y en los pertenecientes al Seguro Social, las personas que tienen derecho a gozar de sus servicios están en condiciones de exhibir documentos de identidad de carácter institucional que en el fondo constituyen un anticipo de lo que alguna vez habrá de ser la cédula de identificación personal, cuando se establezca la identificación civil obligatoria.

En el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", las cosas se complican aún más, de un lado por la calidad de los enfermos que allí se atienden, y de otro por las circunstancias que rodean a la admisión de muchos pacientes que llegan en situación de emergencia, no permitiendo contar ni con los más elementales medios de identificación (documentos personales), de los cuales inclusive carecen muchas personas en nuestro medio. Al parecer, durante la hospitalización esta situación se mantiene, no percibiéndose ninguna inquietud tanto de parte del hospital como de los pacientes y de sus familiares por esclarecerla. Es digna de mención la labor que realiza el servicio de Asistencia Social para lograr este esclarecimiento.

Los datos de filiación, contenidos en la Hoja Frontal de la Historia Clínica, muchas veces no se obtienen en forma total en el momento del ingreso y no siempre se completa esta información antes del Alta. La llamada Ficha de Identidad Personal, que debería existir para cada paciente hospitalizado, no se confecciona en forma sistemática, la mayoría carece de fotografía, cuando no ostentan una que no corresponde al paciente, y los datos antropométricos se inscriben según el criterio de las personas que confeccionan las tarjetas sin seguir una pauta uniforme y científica; finalmente, hemos podido comprobar que buen número de pacientes no son fotografiados y que las fotografías no son identificadas en una forma que ofrezca garantía, prestándose a confusiones lamentables.

Para superar esta situación creemos que es impostergable la implantación en el Hospital, del Sistema de Identificación Dactiloscópico, debiéndose registrar las impresiones digitales de toda persona que acuda a consultar por primera vez, aunque en esa oportunidad no sea hospitalizado, pues esta modalidad asistencial puede ser prescrita en cualquier momento del tratamiento. Con esto no queremos significar que se prescinda de los actuales medios de identificación, muy al contrario, pensamos que deben seguirse utilizando pero procurando que ellos llenen el cometido de proporcionar información útil.

En vista de que la toma de impresiones digitales, su clasificación, así como la reseña personal, requieren ser realizadas por personas capacitadas; y, estando en nuestro país, los integrantes de la PIP técnicamente capacitados para cumplir esta función, pensamos que son ellos quienes deberían asumir esta labor.

Debido al volumen de pacientes que acuden diariamente al hospital, consideramos que la labor de identificación no debe realizarse en forma esporádica, sino que es necesario establecer en el hospital una Oficina de Identificación con personal que trabaje en forma permanente. Esta Oficina, donde tendría que existir necesariamente un Archivo de fichas personales (cuyas características deberán ser estudiadas antes de decidir el tipo a adoptarse) constituiría un centro de información valioso, tanto para resolver los problemas que se presenten en el

hospital, como los derivados de solicitudes de la policía en determinadas circunstancias.

Sería recomendable que Oficinas similares, se establezcan en todos los hospitales mentales y servicios psiquiátricos de la nación, pues aún en el caso que se implante la identificación civil obligatoria, estos Archivos Dactiloscópicos poseerán un valor especial por la naturaleza singular de las personas allí identificadas y porque ofrecerán un material invalorable de investigación científica. Así por ejemplo, creemos que ellos podrían constituir la base para realizar un censo permanente de los enfermos mentales en el país, así como propiciarían estudios tendientes a investigar posibles relaciones, entre patología mental y variaciones de las papilas dérmicas como ya se ha sugerido en otros países.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.—Se ha realizado por primera vez en el Perú, un intento experimental de identificación de enfermos mentales en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", utilizando el Sistema Dactiloscópico, quedando demostradas sus ventajas sobre los sistemas tradicionalmente utilizados en el medio hospitalario, por su infabililidad.

2.—La identificación de los enfermos mentales constituye un aspecto del inmenso campo de aplicación de la identificación civil, con ciertas peculiaridades dependientes de las características singulares de las personas mentalmente enfermas.

3.—Se hace impostergable la implantación de la identificación dactiloscópica de las personas que son atendidas en los diferentes hospitales y servicios psiquiátricos de la República, organizándose en cada uno de ellos una Oficina de Identificación.

4.—Corresponde a los miembros de la Policía de Investigaciones del Perú, por estar técnicamente preparados, el asumir la organización y dirección de estas oficinas de identificación, al igual que ocurre en la Maternidad de Lima.

5.—Constituyendo el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", el principal centro activo de atención psiquiátrica que presta servicios a nivel nacional, procede organizar allí un Archivo de las Fichas Dactiloscópicas de los enfermos mentales que centralice toda la información recogida en las diferentes oficinas de identificación de los demás hospitales y servicios psiquiátricos de la República.

6.—El Archivo Central haría posible la realización de un censo nacional permanente de enfermos mentales, así como también de otras investigaciones científicas.

7.—El registro sistemático de los enfermos mentales, en un archivo de carácter nacional traería consigo una reducción considerable de los problemas médicos y policiales como los que hemos estudiado, y que se derivan fundamentalmente de la ausencia o alteración de la identidad personal.

BIBLIOGRAFIA

1.—Calicó, J.: La Identificación Personal, pág. 1-206, (Barcelona). Imp. Bosch.

2.—Castañeda, A.: Comunicación Personal.

3.—Hoover, E.: Criminal Identification, en The Police And the Crimen problem. Philadelphia, The American Academy of Political and Social Science, 1929.

4.—Lezama, M.: Comunicación Personal.

5.—Madrid, R.: El triunfo de la Identificación Dactilar, Bol. Identification, Pol. Tc. (Lima), Vol. 3, pág. 42-53, 1936.

6.—Medina, F.: Algo sobre el Derecho de Identificación. Bol. Identificación, Pol. Tc. (Lima), Vol. 3, pág. 13-1937.

7.—Medina, F.: Identificación y dactiloscopía, Bol. Identificación, Pol. Tec. (Lima), Vol. 1 Nol, pág. 53, 1936.

8.—Mogrovejo, A.: Nociones Elementales de Dactiloscopía, Lima.

9.—Núñez, A.: Identificación, en Elementos de Criminalística, Vol. I, pág. 201-204, Lima, Imp. Publicaciones Téc., 1951.

10.—Ramírez, C.: Las impresionse digitales en la Ciencia Médica, Bol. Identificación Pol. Téc. (Lima), Vol. 3, Nos. 27-28, pág. 9, 1937.

12.—Reyna, A.: Ciencia y Derecho de Identificación, Bol. Ident. Pol. Téc., (Lima), Vol. 3, Nos. 33-34, pág. 9, 1937.

13.—Ribeiro, L.: Prova de Identidade; en Criminoligía, Vol. 1, pág. 375-404, Río de Janeiro, Ed. Sud Americana, 1957.

14.—Ribeiro, L.: Dactiloscopía; en Criminología, Vol. 1, pág. 407-420, Río de Janeiro, Ed. Sudamericana, 1957.

15.—Ribeiro, L.: Identificacao no Brasil; en Criminología, Vol. 1, pág. 423-437, Río de Janeiro, Ed. Sud Americana, 1947.

16.—Rivera, A.: Comunicación Personal.

17.—Santiago, G.: Comunicación Personal.

18.—Universidad Nacional de La Plata: Revista de Identificación y Ciencias Penales (La Plata), Vol. XIX, N° 74-68, 1941.

19.—Wilder, H. and Wetworth, B.—Personal Identification, Boston, The Gorham Press, 1918.

VIDA INSTITUCIONAL

INFORME PRESENTADO ANTE LA ASAMBLEA POR EL SECRETARIO GENERAL DR. CARLOS BAMBAREN VIGIL, AL TERMINO DEL PERIODO 1964-1966

Señores miembros de la Asociación Psiquiátrica Peruana:

Cumpliendo disposiciones reglamentarias toca al Secretario General en esta fecha presentar ante la Asamblea el informe de la gestión desempeñada por la Junta Directiva que hoy cesa en sus funciones y que fuera elegida el 3 de Julio de 1964.

He creído útil darle a esta comunicación un doble matiz: informativo y de comentario constructivo, para que a la vez que resuma la labor cumplida, invite a la reflexión sobre diversos asuntos de interés común y que permita no sólo captar lo que se ha podido hacer sino especialmente cómo ha tenido que desenvolverse nuestra labor.

El solo hecho de haber transcurrido dos meses y medio antes de que pudiéramos instalar la Junta Directiva e iniciar las actividades de la Asociación y luego el comprobar que no existía un ambiente propicio para la colaboración espontánea, nos hizo tomar conciencia de que era exclusiva responsabilidad de quienes habíamos asumido las funciones directivas de la institución el lograr que ésta marchara a un ritmo acorde con las necesidades del momento y que diera continuidad a la trayectoria iniciada 10 años atrás por sus fundadores. Fue así, que en diálogo objetivo con el Presidente Dr. Raúl Jerí nos propusimos un programa mínimo de realizaciones, basado en los Estatutos y reglamentos, con el ánimo de materializar anhelos muchas veces expresados por nuestros colegas. Los puntos fundamentales que se consideraron, fueron: a) Fortalecer e incrementar las filas de la Asociación, estimulando la unión y el intercambio entre los miembros a la vez que propiciando el ingreso de nuevos profesionales. b) Propender al mantenimiento de un clima democrático para favorecer la participación, dando oportunidad a que se realizaran reuniones formales e informales. c) Lograr que la Revista Psiquiátrica Peruana volviera a editarse para contar con un medio útil de expresión de la labor científica del grupo psiquiátrico.

Veintidós meses de labor han resultado escasos para desarrollar este programa mínimo pero aún cuando las aspiraciones no se hayan materializado íntegramente, nos queda la satisfacción de haber realizado un esfuerzo cuyos frutos hemos ido recogiendo no sin íntima satisfacción.

Hemos procurado en todo momento acercarnos a los colegas para informarnos directamente de sus puntos de vista, hemos tomado conciencia de sus inquietudes, sin que faltaran expresiones de descontento y de crítica, las cuales las hemos recibido e interpretado como un exigirnos el máximo de actividad. Felizmente tampoco han faltado la palabra de aliento y la progresiva y creciente participación, lo que ha sido suficiente estímulo para continuar en la labor sin escatimar esfuerzos. Por esto, podemos afirmar que los logros, si ellos existen, son el resultado de la suma de esfuerzos desplegados por quienes queremos a la institución y deseamos su progreso, pensando que en ello va en cierto modo nuestra propia superación.

MIEMBROS

Al iniciar sus funciones, nuestra Directiva encontró en los registros de la Asociación un número total de miembros que ascendía a 60 repartidos en la forma siguiente: 8 miembros honorarios, 42 miembros activos, 9 asociados y 1 correspondiente. Estas cifras se lograron después de revisar las Actas de Secretaría y conversar con el ex Secretario General, pues inicialmente se presentaron algunas situaciones ambiguas, en las cuales varios colegas reclamaban su pertenencia a la institución en virtud de haber presentado sus documentos hacía bastante tiempo sin haber sido informados del resultado de esta gestión.

A la vez que procuramos atender todas las solicitudes de admisión, comprendimos la importancia de contar definitivamente con un fichero de los integrantes de la Asociación, para lo cual se confeccionó una ficha personal que fue enviada a cada uno de los miembros activos y asociados y que a partir de ese momento constituye uno de los documentos fundamentales que debe presentar cada candidato a socio. Infortunadamente debemos señlaar que a pesar de nuestra solicitud reiterada, aún no han devuelto esta ficha debidamente llenada 20 miembros activos, de los cuales 6 se encuentran fuera del país.

En el período 1964-1966 fueron elegidos miembros honorarios los doctores Nathan Ackermann, Eugen Brody y Ewen Cameron; 9 miembros asociados han pasado a la categoría de activos y han ingresado 13 nuevos totalizando 64 en este grupo. Los miembros asociados suman actualmente 24, siendo la mayoría de ellos médicos jóvenes que se encuentran en los programas de adiestramiento de graduados. El número de miembros correspondientes se ha elevado de 1 a 9. De esta manera, al concluir este período institucional, la cifra total de los profesionales que integramos la Asociación Psiquiátrica Peruana es 108.

Pensamos que a la vez que habrá de completarse el fichero de la institución, contando con la colaboración de los miembros que aún no han enviado sus documentos, debe contemplarse la situación de algunos miembros activos antiguos, que habiendo sido fundadores no se dedican exclusivamente al ejercicio de la especialidad psiquiátrica o que con el correr de los años han orientado sus actividades profesionales hacia otros campos de la medicina. Igualmente será conveniente estudiar cuál habrá de ser la situación de aquellos que han emigrado y que al no residir en el país no llenan uno de los requisitos básicos que nuestros estatutos señalan, para poder pertenecer a esta categoría.

SESIONES:

La Junta Directiva anterior dedicó en este aspecto todos sus esfuerzos a la realización de la Primera Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Peruana en 1962, que indudablemente constituyó un éxito desde todo punto de vista y que reemplazó a las reuniones mensuales que se habían celebrado anteriormente.

Nosotros consideramos que además de certámenes anuales, era importante reanudar las reuniones mensuales, especialmente porque de esta manera se mantendría una actividad periódica y se fomentaría el intercambio, básico para la vida de una institución; además, nos informamos que algunos miembros al no recibir citaciones pensaban que la Asociación había dejado de existir, y otros colegas llegaron a afirmar categóricamente que la Asociación era una institución fantasma, a pesar de estar vinculados a ella.

Durante los 22 meses de nuestra gestión, se han celebrado 19 reuniones, de las cuales 9 fueron Asambleas Generales, 7 Sesiones científicas y 3 Juntas Directivas. La concurrencia a las reuniones ha sido variable, oscilando el número de socios asistentes entre 6 y 34, manteniéndose en la mayoría de ellas un promedio de 15 asistentes.

Si nos limitamos al mero análisis de los guarismos tenemos que concluir que la asistencia a las sesiones es baja, a pesar de que según el reglamento los miembros activos y asociados están en obligación de concurrir a todas las citaciones; pero si observamos lo que ocurre en general en todo tipo de reunión en nuestro medio, podremos concluir que nuestra Asociación no hace excepción. Al respecto sería conveniente que todos hiciéramos un esfuerzo para concurrir más asiduamente a las reuniones, las que por otro lado a veces son difíciles de programar, pues aunque cada nuevo miembro, para su incorporación definitiva está obligado a presentar un trabajo científico, muy pocos son los que hasta ahora han cumplido con esta disposición reglamentaria.

Merece un comentario especial la realización de una sesión conjunta con la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía con motivo del III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría en octubre de 1964. La iniciativa partió de esta Secretaría General y fue con profunda satisfacción que vimos ese día reunidos después de muchos años a todos los psiquiatras peruanos como anticipo de una aspiración que esperamos algún día habrá de materializarse, la existencia de una organización científica y gremial que agrupe definitivamente a todos los especialistas del país.

Queremos agradecer en este momento a todos los colegas que con sus trabajos y su participación en los debates hicieron posible la realización de las sesiones, así como a quienes hace tiempo permanecen alejados de la vida institucional les expresamos nuestro deseo de verlos nuevamente con nosotros compartiendo nuestras inquitudes y colaborando en la realización de tantas tareas que hay aún por emprender.

TESORERIA:

En junio de 1964 los fondos de la institución ascendían a la suma de S/. 13,127.30. En los dos años transcurridos, además de los gastos básicos habituales, hemos pagado las cuotas institucionales a la Asociación Psiquiátrica Mundial, a la APAL y a la Federación Médica Peruana. A esta última se le ha cancelado el valor de tres bonos pro-local propio que asciende a la suma de 3,000.00 soles oro y que se adeudaba hacía varios años. Como lo señalamos en la sesión respectiva de este informe, la publicación de la Revista no ha significado ningún desembolso para la Asociación.

El viaje de la doctora Elsa Felipa, nuestra Tesorera, significó un atraso en la cobranza de las cuotas individuales. El doctor Ethel Bazán, que fue elegido para reemplazarla, ha activado este asunto, además de haber decidido cambiar de cobrador en vista de lo elevado de la comisión que cobraba. Según la información que nos ha proporcionado, los fondos de la Asociación ascienden en la actualidad a S/. 8,702.90.

REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

La publicación de nuestro órgano editorial, que se inició en 1957, vióse interrumpida en 1962 muy a nuestro pesar debido a razones económicas. La ayuda que recibíamos de los Laboratorios Farmacéuticos fue suspendida en esa época por la crisis que la industria farmacéutica tuvo que afrontar. Sin embargo no perdimos en ningún momento la esperanza de continuar esta tarea, convencidos de su trascendencia. Por ello, con gran satisfacción ponemos hoy en vuestras manos, como lo señalamos en la nota editorial, el número correspondiente al tomo 5 del año 1965.

A pesar de las críticas y opiniones pesimistas, podemos afirmar en razón de la correspondencia recibida, del exterior especialmente, que nuestra Revista goza de prestigio y su lectura interesa a muchos colegas e instituciones, que la han venido reclamando insistentemente durante el tiempo que no se publicó. El canje de revistas, si bien no es aún de gran volumen, puede incrementarse, si es que mantenemos regularidad en la publicación.

Al respecto, como la comisión editorial lo hubiera manifestado en diversas oportunidades a las Juntas Directivas, la experiencia nos ha señalado que cuatro números al año es una obligación difícil de afrontar. Las soluciones que propusimos fueron dos: o reducir el volumen de páginas en cada número o editar menos de 4 números por año. Optamos por la segunda, no solamente debido a esta razón sino porque además el número de trabajos que nos envían para su publicación es muy reducido. Pensamos que esto se debe entre otros factores al hecho de editarse actualmente varias revistas psiquiátricas y psicológicas en el país, donde se reparte la producción bibliográfica especializada. También aparecen trabajos de psiquiatría en revistas peruanas no psiquiátricas y en revistas extranjeras. Debemos meditar seriamente acerca de esta situación si queremos mantener el prestigio de la Revista y su continuidad, pues creemos que también

en este campo estamos cayendo en el vicio de duplicar esfuerzos con el consiguiente perjuicio para todos. Aprovechamos para anunciarles que el próximo número, correspondiente al año 1966 habrá de aparecer en diciembre y que al igual de el que acabamos de distribuir será financiado íntegramente con el avisaje, no representando desembolso alguno para la institución. Esperamos, pues, que los colegas envíen los trabajos que deseen publicar.

En la última sesión de Junta Directiva del mes de junio, se acordó que a partir del número correspondiente a 1966, la comisión de redacción que aparecerá, estará integrada por aquellos miembros de la Asociación que hubieran publicado trabajos en el número anterior, y así se seguirá haciendo en los próximos números.

También esperamos que las secciones dedicadas a información sobre la vida institucional y de revista de revistas cuya existencia se acordó hace varios años, aparecerán regularmente.

ACTIVIDADES DIVERSAS

La Asociación se ha hecho presente en diferentes reuniones científicas unas veces en forma corporativa y otras a través de sus integrantes.

Se nos ha solicitado integrar jurados de concursos para cargos especializados y nuestra opinión en asuntos de trascendental importancia como el anteproyecto de Ley de Salud Mental. En este sentido veríamos con sumo agrado que en el futuro existiera mejor comunicación entre las instituciones y organismos oficiales, pues en el caso que mencionamos, los psiquiatras no habíamos recibido oportuna información, a pesar de ser el grupo más interesado.

Diversos asuntos de carácter gremial y vinculados al ejercicio de la especialidad concitan actualmente nuestra atención, al punto que la agenda provisional de la Segunda Reunión Anual de la APP que se ha proyectado para el mes de diciembre, incluye temas relacionados con las condiciones del trabajo psiquiátrico, las bases legales del ejercicio de la especialidad, la Psiquiatría y la Seguridad Social, entre otros.

Hemos mantenido delegados ante la Federación Médica Peruana y el Consejo de Salud Mental, que han llevado al seno de esas instituciones los acuerdos de las asambleas.

Señores:

Esta es, a grandes rasgos, la labor que nos ha tocado desempeñar al frente de la Asociación Psiquiátrica Peruana, pero quisiera, para terminar, referirme a las observaciones que nos ha sido posible realizar mientras desempeñábamos el cargo para el cual fuimos elegidos.

Nuestro país, al igual que las demás naciones en el mundo, enfrenta el difícil problema de la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales, para lo cual, como ya lo han señalado diferentes especialistas, se requiere contar con recursos humanos y materiales suficientes. Mientras las causas de algunas de las

enfermedades mentales más frecuentes continúen siendo un enigma, el problema básico será el de la asistencia.

En los últimos años, se está produciendo una situación paradógica, y es que mientras han comenzado a multiplicarse las posibilidades de adiestramiento de especialistas, las oportunidades en cuanto a centros de trabajo se mantienen sin mayor variación. Esto está dando lugar a que los especialistas jóvenes emigren en busca de mejores horizontes a la vez que algunos que retornan al país después de algunos años de permanencia en el extranjero sufren un desengaño y luego de un período de lucha estoica optan por volverse. Pensamos que es hora que la Asociación haga oir su voz de alarma en estos aspectos, exigiendo que se pongan en funcionamiento nuevos centros asistenciales para dar oportunidad de acción a este número creciente de especialistas, con lo cual se aliviaría la recargada labor que actualmente soportamos quienes trabajamos en los pocos hospitales y servicios psiquiátricos existentes.

Nuestra tendencia individualista es un obstáculo para esta gestión. Basta con visitar los diferentes hospitales para comprobar que los problemas son los mismos en todas partes, y sin embargo cada quien cree vivir una situación singular, simplemente porque ignora lo que le ocurre a los demás. Las discrepancias son sólo aparentes y sin embargo constituyen barreras que aún no hemos podido trasponer. Necesitamos contribuir al intercambio y a la labor en equipo, pues sólo de esta manera tomaremos conciencia de la comunidad de problemas y del valor de la integración de los esfuerzos para alcanzar soluciones apropiadas.

Es impostergable que abandonando nuestras torres de cristal nos entreguemos al diálogo constructivo, posponiendo intereses personales ante la magnitud de la tarea que está por realizarse. No es posible que sigamos manteniendo actitudes que fomentan al aislacionismo, sin poder compartir la experiencia del otro; en este sentido debemos proponernos investigaciones que nos permitan tener una visión más objetiva de nuestra realidad para buscar juntos las mejores soluciones, y sobre todo si nuestra misión primordial es la de ayudar a los demás, empecemos por ayudarnos reconociendo humildemente que no hemos dejado de ser iguales a nuestros semejantes y que por tanto los problemas que en ellos tratamos de resolver, están aún por resolverse entre nosotros mismos.

Fruto del alternar frecuente con los colegas de la institución, es la convicción de que esto que señalamos es posible de conseguirse. Tenemos fe en las posibilidades de cada uno y estamos seguros que el momento de lograr la máxima unión en la acción no está lejano como parece. Lo único que hace falta es iniciar un cambio en nuestra actitud actual, quizás la mejor oportunidad para fomentar el intercambio sea la 2ª Reunión Anual, a cuya realización debemos todos contribuir. Nosotros hemos comenzado por poner un poco de orden en la propia casa; a los que nos sigan habrá de tocarles proyectar la acción hacia el exterior.

Vamos a elegir dentro de un momento la próxima Junta Directiva, a cuyos integrantes deseamos desde ahora el mejor de los éxitos en su gestión a la vez que ofrecemos sinceramente nuestro concurso porque deseamos seguir trabajando por y para la institución.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Señálanse requisitos para el ejercicio de la especialidad de Psiquiatría

RESOLUCION SUPREMA Nº 263-65 DGS

Lima, 21 de octubre de 1965.

Vistos los documentos adjuntos, en los que el Consejo de Salud Mental, solicita se señale los requisitos para el ejercicio de la especialidad en Psiquiatría; y,

Con la opinión favorable de la Dirección General de Salud;

SE RESUELVE:

1.—Señalar los siguientes requisitos para el ejercicio de la especialidad en Psiquiatría:

a) Acreditar práctica médica no menor de cinco años en un Servicio Psiquiátrico de institución nacional o extranjera; o de tres años como médico residente en un Centro de Psiquiatría reconocido por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina;

b) Ejercer en forma exclusiva la especialidad; y

c) Pertenecer a una Sociedad Científica de Psiquiatría.

2.—Para el ejercicio de la especialidad en Psiquiatría, los médicos deberán inscribirse, acompañando la documentación respectiva, en el Registro que al efecto se abre en la Asesoría en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Regístrese y comuníquese.

Rúbrica del Presidente de la República.

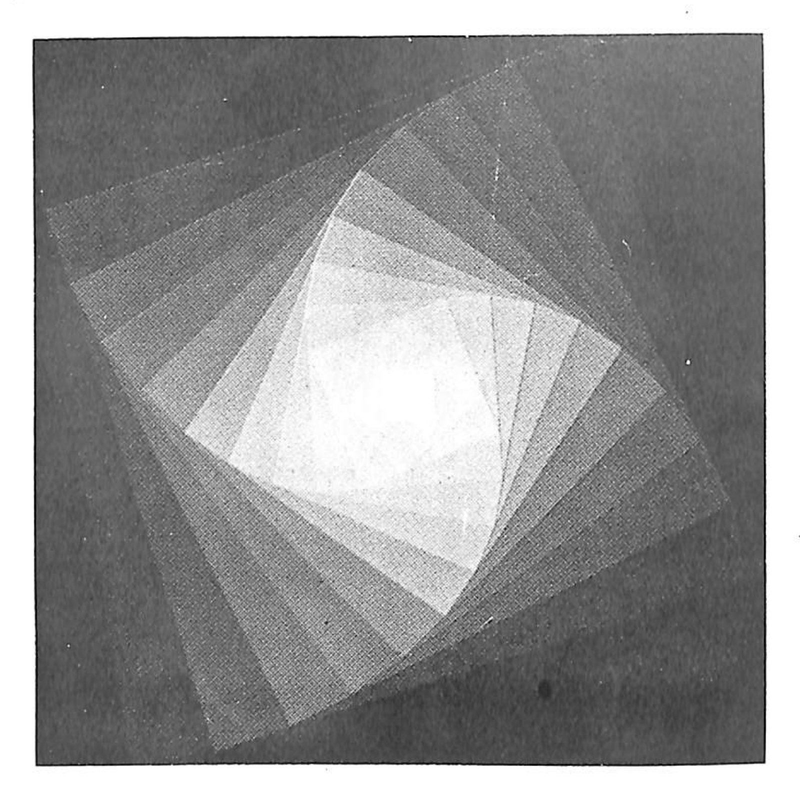
BECERRA.

(De "El Peruano", 28 de octubre de 1965).

INDICE DE TEMAS

INDICE DE AUTORES

DE MERCK SHARP & DOHME...



CONCORDIN*

(Clorhidrato de Protriptilina MSD)

UN NUEVO ANTIDEPRESIVO DE ACCION RAPIDA Y EFICAZ

* **Rapidez de Acción**: Resultados en días en lugar de semanas... alivio de la depresión entre uno y cinco días.

* **Propiedades Activantes**: Alivia el cansancio y el letargo... ayuda a restituir la iniciativa... frecuentemente controla los síntomas somáticos funcionales relacionados con la enfermedad depresiva.

* **Amplio Margen de Aplicación**: Util en todos los grados de la depresión asociados con la postración causada por enfermedades orgánicas, así como también en depresiones de origen psiconeurótico o psicótico.

* **Seguridad**: Exento de la toxicidad de los inhibidores de la MAO... generalmente no causa somnolencia... los efectos secundarios son generalmente leves, infrecuentes y fácilmente reversibles cuando se reduce la dosis.

Dosis Diaria: Depresiones leves a moderadas: 15 a 30 mg. (5 a 10 mg. tres veces al día). Depresiones más severas: 30 a 60 mg. (10 a 20 mg. tres veces al día).

Contraindicaciones: Retención urinaria. No se recomienda en el embarazo.

ALIVIA EL LETARGO, AYUDA A RESTAURAR LA INICIATIVA



MERCK SHARP & DOHME (PERU) S. A.
Av. Rep. de Panamá 3852 - Surquillo.
Apartado 1231—Teléfono 28800

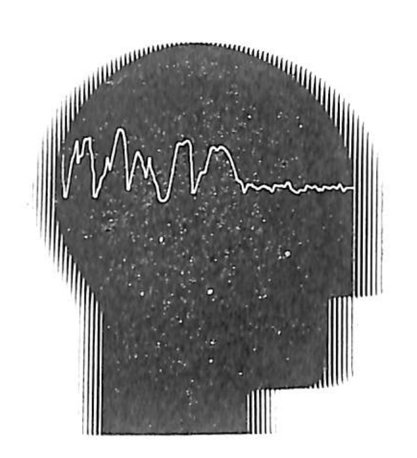
*Marca registrada por Merck & Co., Inc., Rahway, N J., U S A

DONDE LA TEORIA DE HOY ES LA TERAPEUTICA DEL MAÑANA

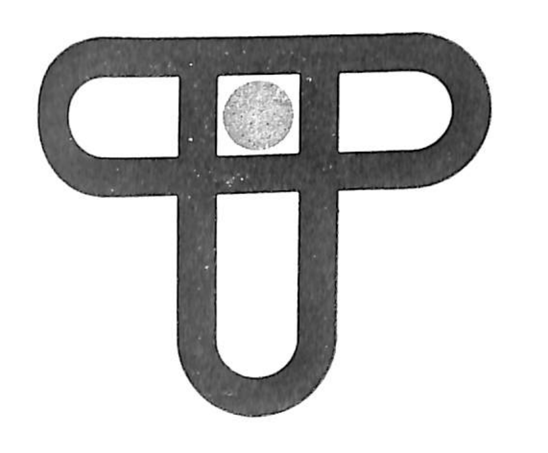
MC-Pe-26-67

CCD-5-NY-1027A-J

Tegretol® Geigy



controla las crisis en
la epilepsia psicomotriz, gran mal,
formas mixtas y epilepsias focales
y las alteraciones
de la personalidad en todas
las formas de epilepsia
por su acción antiepiléptica
completa



controla los trastornos
del comportamiento
en la infancia y adolescencia
por su acción psicotrópica
en Pediatría



controla los paroxismos dolorosos
en la neuralgia esencial
del trigémino y otras neuralgias
faciales genuinas
por su acción antineurálgica
selectiva



J. R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento Farmacéutico
Representación en el Perú:
Arnold Dünner S.A.
Apartado 3987, Lima



. . . el comentario más frecuente con

el tranquilizante universal

ANATENSOL

Clorhidrato de Flufenazina Squibb

tabletas

"Hace mucho

que no me sentía

*tan bien"**



CONTENIDO

EDITORIAL GRAFICA LABOR